

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

# **RELATÓRIO**

---

**DO TRABALHO DE  
CAMPO  
MULTIPROFISSIONAL**

**- 1993 -**

---

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

**ESTUDO SOBRE O PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE NO  
MUNICÍPIO DE PORTO FELIZ**

**Relatório apresentado à coordenação do Trabalho de Campo  
Multiprofissional em Saúde Pública - USP**

**São Paulo**

**1993**

## AGRADECIMENTOS

A equipe interdisciplinar do TCM-Trabalho de campo multiprofissional, realizado no Município de Porto Feliz em 1993, agradece à todos que de maneira direta ou indireta colaboraram com a realização das atividades e a elaboração deste documento, com especial atenção:

Aos docentes e funcionários da Faculdade de Saúde Pública.

Ao orientador da equipe multiprofissional  
**MÁRCIA LUISA VANNUCCI SALEM**

Ao Prefeito Municipal de Porto Feliz  
**Prof. LUIZ ANTÔNIO DE CARVALHO NETTO**

Ao Diretor Municipal de Saúde,  
**Dr. FRANCISCO CARLOS DE ARRUDA**

Aos Chefes dos Centros de Saúde e equipes

Aos Diretores e funcionários do Hospital BEZERRA DE MENEZES e da SANTA CASA DE PORTO FELIZ.

Aos funcionários da Prefeitura Municipal que deram sua contribuição indispensável à realização do trabalho da equipe multiprofissional em particular à Assistente Social **MARIA LÚCIA NUNES** e ao Visitador Sanitário **ELICÁRIO DE CAMARGO**.

Ao Diretor Municipal de Educação e da Cozinha Piloto  
**Sr. DOMINGOS DE MARCO**.

Aos demais dirigentes e representantes de órgãos e entidades locais,

À população do Município de Porto Feliz pela colaboração e receptividade

**São Paulo, Dezembro de 1993**

## ALUNOS

<u>N O M E</u>	<u>GRADUAÇÃO</u>	<u>ÁREA TEMÁTICA</u>
CÉLIA APARECIDA LEME	FILOSOFIA	EDUCAÇÃO
CRISTINA S. GASPARINI F. CUNHA	ODONTOLOGIA	ODONTOLOGIA
DALVA EVANILDE ARAUJO	BIOLOGIA	EDUCAÇÃO
EDUARDO FORTUNATO NAIENE	TEC.MEDICINA	POLÍTICAS
ELIANA RAPOSO T. MENDES	PSICOLOGIA	EDUCAÇÃO
LETIZIA NUZZO	NUTRIÇÃO	MAT.INFANTIL
MARGARIDA DE ALMEIDA MOTA	SERV.SOCIAL	CIÊN.SOCIAIS
MARISA GREMEN MIMARY	COM. SOCIAL	MAT.INFANTIL
MARTA INENAMI	ENFERMAGEM	ENFERMAGEM
ROSINES MARADEI	ODONTOLOGIA	ODONTOLOGIA
TEREZA CRISTINA L. M. DE SOUZA	MEDICINA	EDUCAÇÃO

**COORDENADOR;**  
*Eduardo Fortunato Nalene*

**ORIENTADOR:**  
*Márcia Lulsa Vannucci Salem*

# ÍNDICE

Página

1. Introdução .....	01
2. Objetivos .....	02
2.1 Objetivos Gerais .....	02
2.2 Objetivos Específicos .....	02
3. Metodologia .....	03
3.1 Etapas das Atividades .....	03
3.2 Descrição de Técnicas e Instrumentos de Pesquisa .....	04
4. Breve Histórico das Políticas de Saúde no Brasil .....	08
4.1 Princípios e Diretrizes do SUS .....	14
5. Caracterização do Município de Porto Feliz .....	17
5.1 Origem e Expansão .....	17
5.2 Território e População .....	20
5.2.1 Pirâmides Populacionais .....	23
5.3 Clima e Hidrografia .....	26
5.4 Indicadores Econômicos e Sociais .....	26
5.4.1 Educação .....	27
5.4.2 Promoção Social .....	29
5.4.3 Saneamento Básico .....	31
5.5 Indicadores de Saúde .....	34
6. Descrição dos Serviços de Saúde .....	43
6.1 Diretoria Municipal de Saúde .....	43
6.2 Recursos Humanos .....	43
6.3 Rede Básica .....	45
6.4 Rede Ambulatorial .....	47
6.4.1 Conveniada com o SUS .....	47
6.4.2 Outros Serviços não Conveniados .....	47
6.5 Serviços de Urgência e Emergência .....	47
6.6 Rede Hospitalar .....	47
6.7 Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutica .....	49
6.8 Aspectos Relativos à Enfermagem .....	51
6.9 Vigilância Sanitária .....	52

6.10	Controle de Zoonoses	55
6.11	Vigilância Epidemiológica	56
6.12	Saúde Bucal	59
7	Apresentação dos Resultados	63
7.1	Dirigentes	63
7.2	Funcionários	73
7.3	Usuários	77
7.4	Conselhos Comunitários	83
8	Análise e Conclusões	89
9	Considerações Finais	94
10	Bibliografia	96
ANEXOS		97

## 1. INTRODUÇÃO

O trabalho de Campo Multiprofissional (TCM), do Curso de Especialização em Saúde Pública, do ano de 1990, da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - USP, teve como objetivo conhecer e avaliar o processo de implementação da municipalização dos Serviços de Saúde no Município de Porto Feliz, que obedeceu a uma série de itens constantes neste documento.

A equipe responsável por este trabalho realizou um relato do panorama histórico do município, abordando aspectos econômicos e sociais. Paralelamente, procurou-se conhecer as condições de saúde da população local com a finalidade de fazer um diagnóstico situacional do município, observar as tendências através dos principais indicadores de saúde e apresentar sugestões para sistematizar as ações de saúde.

O estudo como um todo, envolveu outras estruturas com base multisetorial e multidisciplinar, o que permitiu conhecer a interligação existente entre os diferentes setores, com vista à resolução dos vários problemas da saúde da comunidade de Porto Feliz.

## 2 OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS

### 2.1. GERAL

Realizar um diagnóstico sobre a municipalização em Porto Feliz conforme os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS.

### 2.2. ESPECÍFICOS.

Analisar a efetiva implantação do Sistema Único de Saúde - SUS nos diversos setores de saúde do Município de Porto Feliz.

Identificar os principais estrangulamentos no processo de Municipalização.



### 3. METODOLOGIA

#### 3.1 ETAPAS DAS ATIVIDADES REALIZADAS PELO GRUPO:

Período de 4 a 19 de Novembro de 1993.

-Reunião com a orientadora do trabalho de campo (TCM) com vista a apresentar as linhas mestras para o desenvolvimento do trabalho;

-Designação do coordenador dos trabalhos do grupo;

-**LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES SOBRE O MUNICÍPIO** com base nos dados cedidos pelo Município de Porto Feliz;

-Consultas bibliográficas relacionadas com o tema eleito;

-Elaboração de tabelas, gráficos e índices baseados nos dados fornecidos pelo SEADE, IBGE;

-Entrevista gravada com prévia autorização de dois membros da Direção de Saúde do Município de Porto Feliz, que permitiu complementar a informação anteriormente cedida, bem como a definição do objetivo específico a ser desenvolvido no Município;

-Elaboração de roteiros e instrumentos de entrevistas e observação no Município.

Período de 22 a 26 de Novembro de 1993

-Realização do trabalho de campo no Município de Porto Feliz em obediência ao cronograma elaborado pelo setor de coordenação do TCM/FSP (anexo I). Esta fase foi a complementação das anteriores e permitiu agregar informações e dados não obtidos até então.

Período de 29 de Novembro a 10 de Dezembro de 1993

-Esta etapa envolveu a análise global dos dados, com indicação clara das conclusões obtidas pelo grupo em conformidade com os objetivos traçados, bem como o processamento e elaboração das informações conseguidas;

-Elaboração e reprodução do relatório.

Período de 14 a 16 de Dezembro de 1993

-Apresentação do relatório.

### 3.2 DESCRIÇÃO DE TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE PESQUISA

A pesquisa realizada foi do tipo qualitativa sendo elaborado um questionário com questões abertas, mistas e fechadas.

O conteúdo do questionário obedeceu ao propósito de investigar todos os princípios e diretrizes para implementação da municipalização, sendo que para obter tais informações foi utilizada a técnica de entrevista dirigida a 3 chefias de nível central e 4 de rede básica, a 7 agentes de saúde (técnicos ou auxiliares de enfermagem) e a 27 usuários dos serviços de saúde.

Essa técnica permitiu um contato interpessoal possibilitando coletar o maior número de informações e captar as emoções envolvidas dentro desse contexto. Tal coleta teve como finalidade analisar a repercussão da municipalização e compará-la nos diferentes segmentos pesquisados e também identificar as dificuldades na implementação desta.

No questionário destinado aos dirigentes de nível central e rede básica, constavam 7 grandes blocos de questões (anexo II) subdivididos nos seguintes tópicos:

**Descentralização e municipalização;**

- contendo 5 questões com o objetivo de investigar a existência da municipalização nos serviços de saúde e suas condições (Recursos Humanos, equipamentos, material de consumo, serviços de apoio ao diagnóstico) para que ela ocorra. Incluindo também contratação, convênio, controle e avaliação com os demais serviços.

- Conhecer a estrutura organizacional do setor saúde e as relações de mando, cooperação técnica e financeira entre a Secretaria Estadual, Municipal e Ministério da Saúde.

### **Financiamento**

- Investigar em 7 questões as fontes de financiamento, evolução histórica do orçamento, estimativa de orçamento para 1993, a forma como ocorreram os repasses e seus entraves no processo. E por fim a verificação de existência do Fundo Municipal de saúde, como é composto e gerido.

### **Participação popular**

- Conhecer a representatividade da população através de conselhos, comissões de saúde e a institucionalização do Conselho Municipal de Saúde.

### **Organização e funcionamento do sistema e serviços de saúde;**

-Constava de 6 questões para obter conhecimento do processo de regionalização/distritalização, territorialização, integração entre os serviços públicos e privados, a hierarquização das ações, acessibilidade, resolutividade dos serviços de saúde e a integralidade de assistência à saúde.

### **Modelo Assistencial, Planejamento e programação em saúde ;**

- Referia-se a 5 questões cujo objetivo era permitir saber o grau de articulação intersetorial e como o planejamento das ações de saúde é realizado, quem participa a nível central, da rede básica e da população. Verificar a existência do plano municipal de saúde e como ocorre a priorização dos recursos na sistemática de planejamento.

### **Sistema de Informação de saúde;**

- Abrangeu 6 questões para obter conhecimento de como os dados estatísticos de saúde são coletados, sua fonte de origem, seu fluxo, análise e a maneira como são utilizados.

### **Recursos Humanos**

- Detectar a política local de recursos humanos. Verificar se há capacitação, reciclagem, plano de cargos, composição do quadro de recursos humanos e estrangulamentos no processo.

#### Questionário destinado aos funcionários:

Foi composto de 16 questões (anexo III) que objetivavam:

- Conhecer opinião do funcionário sobre o serviço de saúde no Município, sua compreensão a respeito da municipalização, a participação do município/Governo Federal e Estadual na área de saúde, acessibilidade da população ao serviço
- Saber como ocorre o sistema de referência e contra referência, gratuidade da consulta, a forma como são tomadas as decisões para planejar, organizar e dirigir os serviços de saúde
- Tomar conhecimento a respeito dos tipos de participação popular existentes (conselhos e fóruns, movimentos etc.) e sua composição.
- Identificar a percepção do funcionário em relação à unidade, acesso e direito à informação do doente sobre suas condições de saúde.

#### Questionário dos usuários.

Foram elaboradas 21 questões (anexo IV) com os seguintes objetivos:

- Conhecer a opinião do usuário sobre os serviços de saúde no Município e sua compreensão sobre municipalização. Verificar o conhecimento acerca da participação do Governo Estadual, Governo Federal, assim como sua contribuição.
- Saber sobre o acesso do usuário à unidade de saúde e suas principais barreiras (econômica, geográfica e cultural).
- Verificar o conhecimento a respeito de programas, tipos de atendimento que os serviços de saúde do Município oferecem.
- Investigar o tempo de espera para atendimento de consultas após agendamento e marcação de exames;
- Analisar o sistema de referência e contra-referência;
- A gratuidade dos serviços;
- Obter conhecimento a respeito de onde ocorrem e se tomam decisões sobre planejamento, organização e direção dos serviços de saúde.

- Verificar o grau de participação da população nos diferentes níveis (Conselho Municipal de Saúde, fóruns, movimentos etc)
- Conhecer as necessidades do usuário e o grau de resolutividade em relação ao serviço de saúde oferecidos.
- Saber do direito de obter informações das condições de saúde do usuário

Além dos questionários sistematizados foram realizadas entrevistas abertas com o objetivo de se obter uma visão geral sobre o funcionamento e assim descrever diversos setores do Município integrados à área de saúde.

Os entrevistados foram representantes dos seguintes setores

- Prefeitura do Município de Porto Feliz,
- Diretoria de Educação e Promoção Social;
- SAAE - Serviços Autônomos de Água e Esgotos;
- Vigilância Sanitária e Epidemiológica;
- Conselhos de Bairro;
- Movimento dos sem terra (CAIC);
- Ambulatório da Fazenda Capuava;
- Coordenação da Saúde Bucal;
- Matadouro Municipal;
- Indústrias de Tintas Globo.

Além das entrevistas, foi realizada visita ao lixão do Município de Porto Feliz.

#### 4. BREVE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

A municipalização surgiu talvez como uma tentativa de responder à crise do setor saúde do País, caracterizada pela falta de controle e avaliação dos investimentos.

Desde 1964 os investimentos na área de saúde ocorreram de forma desorganizada dentro de uma atenção curativa excludente e priorizando o setor privado tornando assim praticamente inalteráveis as condições de saúde da população.

Com a criação do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), em 1974 priorizou-se ainda mais os serviços privados, uma vez que subsidiou as construções de hospitais privados nas áreas centrais das cidades. Enquanto isso, as periferias encontravam-se desfalcadas de ambulatórios.

Na tentativa talvez de organizar e viabilizar melhor o sistema de atenção à saúde quanto ao seu gerenciamento, surgiu a Lei 6229/75. Essa Lei objetivava dividir as responsabilidades e atribuições de acordo com os Ministérios a fim de integrá-los nas ações de saúde.

Ao Ministério da Saúde competiam as ações de saúde de caráter coletivo, ao da Previdência e Assistência Social competiam as ações de saúde de caráter assistencial curativa individual, além de deter o grande orçamento. Ao da Educação competia a formação e habilitação de profissionais para o setor; ao Ministério do Interior competiam as ações de Saneamento e fixação de populações e ao do Trabalho competiam as ações relacionadas a higiene e segurança do trabalho.

Esta Lei determinava ao nível Federal a normatização e execução das ações (centralização das ações); relegando ao nível local (Estadual e Municipal), apenas o caráter de complementariedade e apoio a estas ações. Por fim o Município acabava realizando apenas o atendimento de urgência, pois esse serviço era oneroso e parecia não interessar às empresas privadas do setor saúde.

Com as crises financeiras originárias das relações com o setor privado, criou-se o Sistema Nacional de Previdência Social - SINPAS, que era composto por trabalhadores urbanos, rurais, funcionários públicos federais e as instituições assistenciais. Sendo assim, todos os serviços de assistência médica da Previdência Social se unem no INAMPS (benefícios do INPS, a arrecadação e distribuição de todos os recursos no IAPAS, informações na DATAPREV e CEME para distribuição de medicamentos).

Outra tentativa de formular o sistema de saúde foi a criação do conselho consultivo de administração de saúde e Previdência - CONASP (1982). A ele coube junto ao INAMPS acompanhar e avaliar a implantação do Plano de Reconstrução à Saúde, no âmbito da Previdência Social.

Os princípios e objetivos que norteavam tal plano eram:

- A melhoria da qualidade da assistência à saúde prestada à população pelo INAMPS, direta ou indiretamente;
- Cobertura assistencial em igualdade de condições à toda a população rural e urbana;
- Planejamento de assistência à saúde de acordo com os parâmetros assistenciais aceitáveis, respeitadas as disponibilidades orçamentárias do INAMPS e das demais instituições envolvidas no processo;
- Aumento da produtividade dos recursos da Previdência Social aplicados em saúde, com racionalização das formas de prestação de serviços.

Quatro linhas básicas de ação norteavam tais princípios:

a) Racionalização dos gastos com serviços contratados na área hospitalar privada, através da implantação de um "novo" modelo de controle e pagamento de contas hospitalares - Sistema de assistência médico-hospitalar da Previdência Social (Sistema AIH);

b) Reorganização dos serviços ambulatoriais próprios - PAMs - e contratados, hierarquizando-os através da implantação do Projeto de Racionalização da assistência ambulatorial.

c) Maior e melhor utilização da rede pública de serviços básicos através da implantação do convênio trilateral - MPAS/MS/SES, substituído posteriormente pelas Ações Integradas de Saúde - AIS"

d) Valorização do quadro próprio de recursos humanos, através de políticas específicas.

Em 1983 foram assinados os primeiros convênios das Ações Integradas de Saúde - AIS, envolvendo o MPAS e MS e as Secretarias Estaduais e Municipais que representam considerável aporte de recursos e, permitiram, pela primeira vez, graças à criação de órgãos colegiados gestores, um início de participação das Secretarias no planejamento e na administração do setor saúde como um todo.

Gradativamente o Estado e o Município passam a injetar mais recursos, em detrimento dos recursos federais, pressionados pela demanda por serviços de saúde e pelo compromisso assumido com os movimentos organizados da população.

Em 1985 os municípios começam a investir mais no setor saúde para atender a população que não era contemplada pelo sistema previdenciário vigente.

No período de 1986 a 1987 percebendo-se essa nova tendência municipal e os resultados obtidos na VIII Conferência Nacional de Saúde, surge a proposta que culminou com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, sistema radicalmente diferenciado do anterior, onde se definia claramente a descentralização da gestão das ações da esfera Federal aos Estados e Municípios, com transferência de recursos humanos, físicos e financeiros baseados em programação e orçamentação integrada.



O novo sistema visava à adesão pública estadual e municipal de maneira organizada e planejada para um atendimento não mais aos previdenciários por parte da rede privada, contratada e conveniada, mas universalizado à toda população.

No primeiro ano de vigência do SUDS, em 1987, houve um aumento real de aporte de recursos, principalmente através dos níveis federal e municipal. Nos anos subsequentes, o Governo Federal diminuiu significativamente sua participação no Sistema Unificado de Assistência à Saúde dos Estados e Municipais.

Desta forma, se em 1980 o INAMPS era responsável por mais de 70% dos recursos aplicados na saúde, o Governo Estadual 23%, e os Municípios 6%, em 1990 a participação federal cai para 38% e a do Estado se eleva a 38% e a participação dos Municípios se eleva a quase 24% (7 vezes mais que em 1980).

O SUDS regulamentou a questão dos recursos financeiros, tendo grande parte dos Municípios aplicado mais de 10% dos seus orçamentos no setor saúde. O setor privado, principalmente produtor de serviços, é também controlado pelo Governo Federal.

Na década de 80, com os avanços políticos há também avanços em relação ao modelo de assistência à saúde, tendo como marco a VIII Conferência Nacional de Saúde que traz como diferença substancial a colocação sobre a representação social. Os indivíduos da sociedade passam a ser atores nesse novo cenário político. A VIII Conferência Nacional de Saúde reafirma as ações integrais de saúde e os sistemas unificados e descentralizados de saúde, como uma política estratégica.

Também nessa década se garante na Constituição Federal "saúde é direito de todos e dever do Estado", compreendendo saúde como a conquista de novos espaços sociais como educação, meio ambiente, alimentação, emprego, previdência,

lezer e portanto muito mais que a simples oferta de serviços médicos. Para garantir esses direitos na Constituição cria-se o SUS, onde as ações de saúde devem ser municipalizadas nos diversos setores: políticos, econômicos e administrativos. A direção do SUS deve ser única em cada esfera de governo, sendo exercida pelos seguintes órgãos:

- na União, pelo Ministério da Saúde;
- no âmbito dos Estados, Distrito Federal e Municípios, pelas respectivas Secretarias da Saúde ou órgão equivalente.

- a nível federal, coordenação do SUS e formulação de recursos,
- a nível estadual, gerenciamento dos serviços assistenciais, apoio técnico e financeiro aos municípios,
- a nível municipal, operacionalização dos serviços de saúde, planejando, organizando, controlando e avaliando os mesmos.

Assim sendo, a Constituição de 1988 deu um impulso às políticas de saúde do Brasil e devido a alguns pontos ainda obscuros foram criadas a Lei 8080 em 19/07/90 que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes"; e a Lei 8142 em 28/12/90 que "dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde". Ambas com intuito de implementar e regulamentar o disposto na Constituição de 1988 (Anexo V).

Entretanto, a descentralização e a municipalização ainda são processos incipientes devido à postura de muitos governos que ferem a Constituição e as leis específicas e não criam mecanismos operacionais indispensáveis à sua implementação, não assumindo suas responsabilidades em relação ao SUS.

Em decorrência dessa dificuldade de operacionalização do SUS, foi criada em maio de 1993 a Norma Operacional Básica número 1, do Ministério da Saúde (Anexo VI) com a finalidade

de disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do SUS, objetivando reformular o modelo assistencial hoje dominante, centrado na assistência médico-hospitalar individual, assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade para assistência integral, universalizada e equânime, regionalizada e hierarquizada.

Considerando que os municípios, estados e órgãos do Ministério da Saúde encontram-se em estágios diferentes em relação à descentralização do sistema, esse norma define procedimentos e instrumentos operacionais que visam ampliar e aprimorar suas condições de gestão nas três esferas de governo.

#### Do gerenciamento (fluxo decisório):

- processos de descentralização no âmbito estadual serão objeto de regulamentação pela Comissão Bipartite (caso esta não consiga resolver, passa para o Conselho Estadual de Saúde e na inexistência deste, o problema será levado à Comissão Tripartite e, em última instância, ao Conselho Nacional de Saúde, para sua resolução),

- Comissão Tripartite assiste ao Ministério da Saúde, submetendo-se ao Conselho Nacional de Saúde.

#### Das condições de gestão:

- a Secretaria Municipal de Saúde assume imediata ou progressivamente, de acordo com suas condições técnico operacionais, as ações e serviços de saúde, tanto mais independente do Estado, quanto mais preparada estiver.

Para constatação das condições de gestão de cada município, existem critérios especificados na norma, que permitem a classificação dos mesmos em incipiente, parcial e semi-plena e, mais recentemente foi expedido um documento oficial designado Instrução Normativa número 1 de setembro de 1993, que disciplina os fluxos e conteúdos do processo de habilitação de municípios e estados às novas condições de

gestão previstas na Norma Operacional Básica número 1/93 (anexo VII)

No município de Porto Feliz existe a própria Lei Orgânica, elaborada em 1990 (anexo VIII) e a partir de 1991 foi instituído o Fundo Municipal de Saúde pela Lei 3101 de 25 de junho (anexo IX)

#### 4.1. PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS

De acordo com a Constituição, o SUS é organizado com base nos princípios de descentralização, com direção única em cada esfera de Governo, o atendimento integral, abrangendo atividades assistenciais curativas e, prioritariamente as preventivas, e a participação da comunidade, ou seja, o exercício do controle social sobre as atividades e os serviços públicos e privados de saúde

##### UNIVERSALIDADE

Garantia ao acesso, por parte do Sistema, a todo e qualquer cidadão.

##### INTEGRALIDADE DE ASSISTÊNCIA

Os problemas de saúde definem-se na totalidade bio-psico-social de cada cidadão e de cada grupo social. As ações de saúde devem estar voltadas para esta totalidade, superando as dicotomias preventivo-curativa, clínico-epidemiológico e individual-coletivo. As unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível, configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.

##### EQUIDADE

É assegurar ações e serviços de todos os níveis de atenção à saúde, de acordo com a complexidade que cada caso requerirá, mais o cidadão onde morar, sem privilégios nem barreiras.

### DESCENTRALIZAÇÃO

Redistribuição e redifinição das atribuições das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de Governo.

### REGIONALIZAÇÃO

Distribuição de ações e serviços de saúde num espaço geográfico, organizados em níveis de complexidade crescente para o atendimento de uma população definida. Tem-se a responsabilidade de garantir o modelo de referência e contra-referência.

### TERRITORIALIZAÇÃO

É a relação entre os espaços locais e a demanda pelos serviços de assistência.

### HIERARQUIZAÇÃO

É a "melhor" distribuição e atribuição de responsabilidades, com fluxo sistemático de clientela.

### RESOLUTIVIDADE

É a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre saúde, o serviço correspondente seja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência.

### ACESSIBILIDADE

Aquilo que facilita ou dificulta a procura dos serviços de saúde (exemplo: as condições geográficas, culturais, econômicas, sociais, etc).

### COMPLEMENTARIEDADE

A Constituição definiu que quando, por insuficiência do serviço público, for necessário complementação pelos serviços privados, se estabeleçam contratos ou convênios, os quais devem se subordinar à normas e diretrizes do SUS.

### CONTROLE SOCIAL

É a participação da população na gestão e fiscalização das ações e serviços de saúde. Estão definidas duas formas importantes de exercício desse controle social; as

Conferências de Saúde, previstas na Constituição e na Lei 8080/90 e regulamentados pela Lei 8142/90

As Conferências de Saúde deverão acontecer a cada 4 anos com participação dos vários segmentos sociais para avaliar a situação e propor diretrizes para a formulação das políticas de saúde nos níveis correspondentes

Os Conselhos de Saúde, compostos por representantes do Governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atuam na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, incluindo seus aspectos econômicos e financeiros, nas instâncias correspondentes

Qualquer cidadão, poderá, através de seus representantes no Conselho de Saúde, acompanhar, fiscalizar e avaliar os serviços de saúde públicos ou privados, reclamando contra qualquer ato que julgue atentório ao seu direito à saúde

O controle social é uma forma de buscar e garantir eficiência e eficácia, permanência e legitimação do Sistema Único de Saúde - SUS.

No Município de Porto Feliz este princípio foi formalizado pela Lei 3 100 de 25 de Junho de 1991 (anexo X)

#### **GRATUIDADE**

A Constituição Federal de 1988 prevê que "a saúde é direito de todos e dever do Estado", embora não explicita a gratuidade dos serviços. Já na Constituição do Estado de São Paulo a mesma está prevista de modo claro, no artigo 222, e é vedada a cobrança de despesas e taxas, sob qualquer título.

## 5. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE PORTO FELIZ

### 5.1. ORIGEM E EXPANSÃO

A cidade de Porto Feliz, situa-se à margem esquerda do rio Tietê.

Este município foi um dos mais importantes da Província de São Paulo. A primeira lei provincial que concedeu privilégio para construção de uma estrada de ferro, atravessando como um dos pontos a cidade para instalação de estação ferroviária.

Esta grande importância deu-se, principalmente pelo fato de tratar-se do ponto mais próximo da capital paulista e de onde podiam partir as expedições fluviais para Mato Grosso, em busca de ouro e conseqüentemente expandindo as fronteiras do território brasileiro.

O período mais famoso das monções, que partiam em dezenas de batelões (embarcações toscas, produzidas em troncos de grandes árvores), foi na primeira metade do século XVIII, logo após a descoberta das minas de ouro de Cuiabá.

O rio Tietê tornava-se navegável exatamente a partir do Porto geral de Araritaguaba. Este era o nome original de Porto Feliz, que na linguagem indígena significa "lugar onde as araras pousam". Também o rio Tietê já teve outro nome, os indígenas o chamavam de Anhembi (rio caudaloso).

As Monções configuram um dos aspectos mais importantes e heróicos da expansão geográfica do Brasil. Diversa em suas principais características e finalidades do movimento bandeirante, a obra das frotas de comércio foi decisiva na integração do nosso território e na formação e consolidação da Unidade Nacional.

As expedições partiam com destino a Cuiabá e levavam até 6 meses percorrendo mais de 3.500km pelas águas dos rios

Tietê, Paraná, Pardo, Coxim, Taguari, Ponudas e Cuiabá até chegar às minas de ouro.

O dia de partida era de festa. O desejo de enriquecimento rápido, o espírito de aventura os faziam esquecer da distância a vencer, os rios que teriam que transpor, a ferocidade dos índios e tantos outros sofrimentos da viagem.

Por ocasião da volta de uma expedição, o povo de então Ararituaba corria para o Porto, ansioso e curioso pelo resultado de tão perigosa aventura cheia de histórias para contar e muito ouro. Pois todos que chegavam queriam ostentar suas riquezas e, com felicidade, deixavam sair de suas mãos o ouro que tanto sofreram para conseguir.

Dai o nome Porto Feliz, escolhido em 13 de Outubro de 1797 quando o povoado foi elevado a Vila, e posteriormente (16 de Abril de 1858) à categoria de Cidade.

A cultura de cana de açúcar predominou por muito tempo, pois a fertilidade de suas terras, de ótima qualidade para seu cultivo, propiciou a instalação de grandes latifúndios que tornaram a região, juntamente com Itu e Campinas, controladora da produção açucareira da Capitania de São Paulo, no final do período colonial.

Na década de 1870 surgiram no Brasil novas experiências para produção do açúcar através do sistema de Engenhos Centrais. O seu aparecimento promoveu a utilização de estradas de ferro e do trabalho livre e a substituição do transporte animal por transporte a vapor. A 28 de Outubro de 1878 inaugurou-se o Engenho Central de Porto Feliz, o primeiro da então Província de São Paulo e naquela época um dos mais importantes do País e que revolucionou a produção do açúcar na região.

Até este período, o processo era rudimentar e insuficiente. Um grupo de portofelicenses se organizou com a finalidade de fundar um engenho central, baseado em



experiências bem sucedidas em outros países. Importaram então máquinas da "Casa Brissoneau Frères" da França. Com as máquinas vieram técnicos franceses para acompanhar a montagem e ensinar novos métodos de produção.

Antes porém de chegarmos aos dias de hoje, onde já não mais existe a monocultura da cana e nem mesmo a usina, que encerrou definitivamente suas atividades em 1991, precisamos frisar a imigração belga que se deu na região.

Na segunda metade do século XIX, foram tomadas medidas para atrair imigrantes europeus para o Brasil. Mas em função da franca expansão da lavoura cafeeira na época, havia a necessidade de mão de obra, levando o Governo a incentivar a vinda dos europeus para nosso País.

O Governo Imperial adquiriu em Porto Feliz, 1601 hectares que foram divididos em lotes e entregues a algumas dezenas de famílias belgas.

Esse núcleo agrícola, que recebeu o nome de Colônia Rodrigo Silva, seria uma espécie de escola prática onde agricultores paulistas aprenderiam com os europeus a cultura de trigo, linho, cevada e técnicas de criação de vacas leiteiras. Porém, os objetivos deste núcleo não foram atingidos.

Atualmente, Porto Feliz não vive mais este áureo período econômico. Já longe da riqueza da época dos bandeirantes e da monocultura da cana sob monopólio da usina de açúcar, o município diversificou sua agricultura. O mesmo solo que foi fértil e propiciou o cultivo da cana, tem beneficiado bastante o plantio de cereais e uva. Hoje a uva já ocupa o segundo lugar em produção no Município e Porto Feliz é o quarto maior produtor do Estado de São Paulo.

Vem ocorrendo também um grande incentivo na consolidação de um parque industrial, que se localiza próximo à Castelo Branco e onde várias indústrias já se encontram em funcionamento.

A proximidade da capital, o fácil acesso via Castelo Branco e a existência de grandes extensões de terra, herdadas das fazendas de cana de outros tempos, possibilitou a especulação imobiliária e hoje existem pequenos sítios com belíssimas haras que pouco contribuem com a economia local e inflacionam o mercado.

Além destes "Bandeirantes abastados", e também por estar próximo a uma rodovia e da estrada de ferro que vem da região Sul do País, Porto Feliz tem sido ponto também de uma faixa migratória.

A migração paranaense e mineira já é significativa. Numa recente pesquisa foram cadastradas 1500 novas famílias que, por encontrarem um Município carente de mercado de trabalho, engrossam o contingente de trabalhadores que buscam serviço nas cidades vizinhas fazendo de Porto Feliz uma cidade dormitório.

## 5.2 TERRITÓRIO E POPULAÇÃO

O Município de Porto Feliz situa-se a 23 graus e 3 minutos de latitude e 47 grau e 31 minutos de longitude, a uma altitude de 532 metros.

Ocupa uma área de 569 quilômetros quadrados e uma população de 36.880 habitantes (tabela 1).

Tem uma densidade populacional de 65,94 habitantes/quilômetro quadrado.

A taxa de urbanização está em torno de 76,38%. O número de habitações é de 7.151 na zona urbana e 1.976 na zona rural.

A migração é um fenômeno recente e notório. A maior afluência provém dos Estados de Minas Gerais e Paraná, além do interior de São Paulo.

A Cidade de Porto Feliz localiza-se a 34km de Sorocaba e a 125km de São Paulo, 23km de Itu, 18km de Boituva, 30km de Capivari e 38km de Tietê (figura 1).

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO DE PORTO FELIZ, SEGUNDO SEXO E FAIXA ETÁRIA, 1991

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
0   - 05	1957	1900	3857
05   - 10	2115	2060	4176
10   - 15	1970	1895	3865
15   - 20	1873	1664	3537
20   - 25	1722	1691	3413
25   - 30	1688	1587	3275
30   - 35	1546	1405	2951
35   - 40	1228	1203	2431
40   - 45	1016	978	1994
45   - 50	843	822	1665
50   - 55	671	683	1354
55   - 60	626	660	1286
60   - 65	573	548	1121
65   - 70	402	455	857
70   - 75	280	293	573
75   - 80	157	184	341
80   - 85	73	96	169
85 e mais	34	61	95
<b>TOTAL</b>	<b>18674</b>	<b>18206</b>	<b>36880</b>

FONTE: Censo Demográfico 1991 - IBGE (Dados preliminares)

CAPIVARI

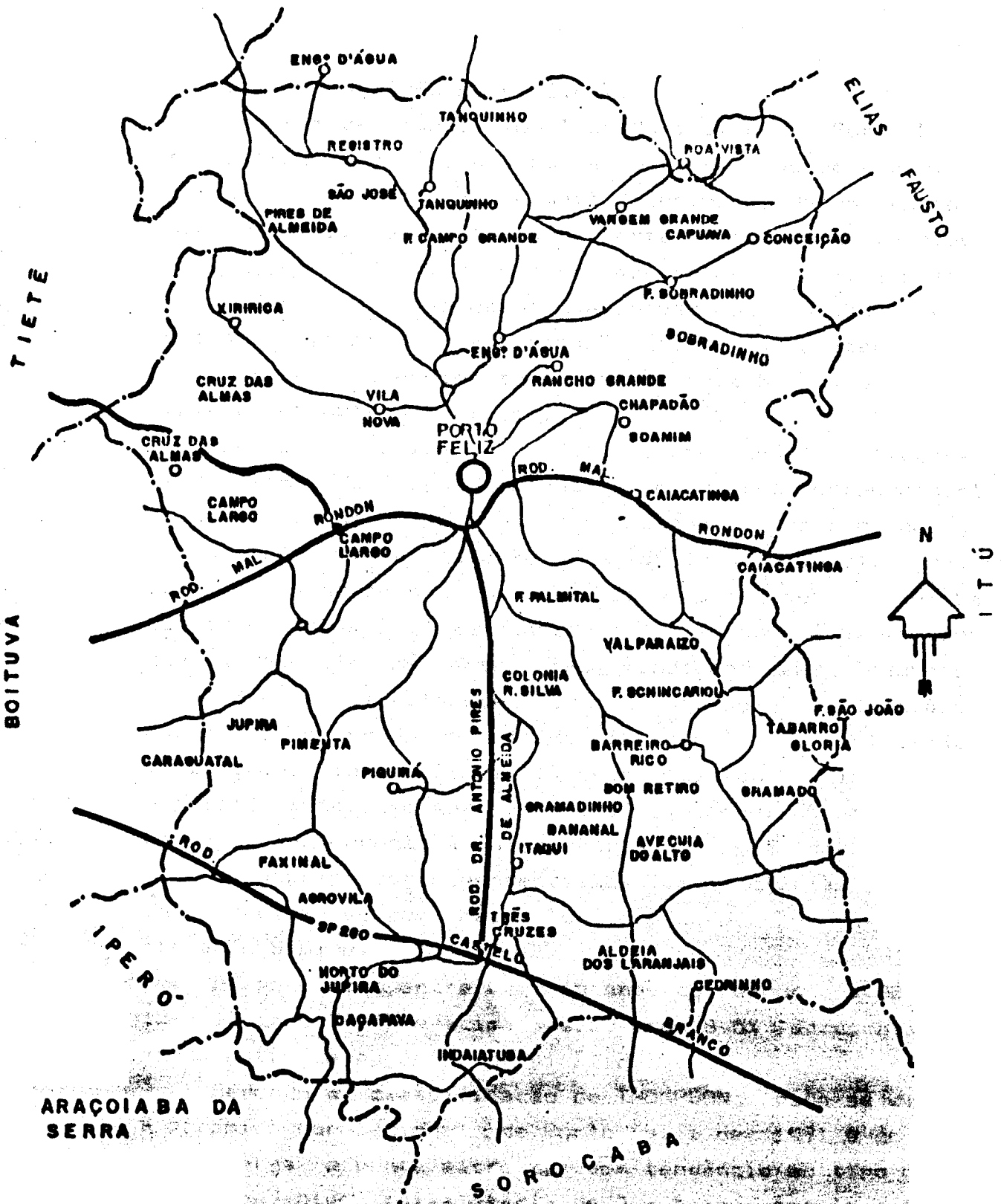


FIGURA II

### 5.2.1 PIRÂMIDES POPULACIONAIS

A pirâmide populacional do Município de Porto Feliz no ano de 1980 apresenta-se com bases largas, porém a diminuição das barras seguintes não é muito acentuada, demonstrando alta taxa de natalidade e taxas de mortalidade não muito elevadas (figura 2). As barras correspondentes às faixas etárias entre 20 e 40 anos apresentam acentuada diminuição, o que nos leva a imaginar que a emigração nesta faixa etária deveria ser elevada, provavelmente provocada pela busca de mercado de trabalho em outros municípios.

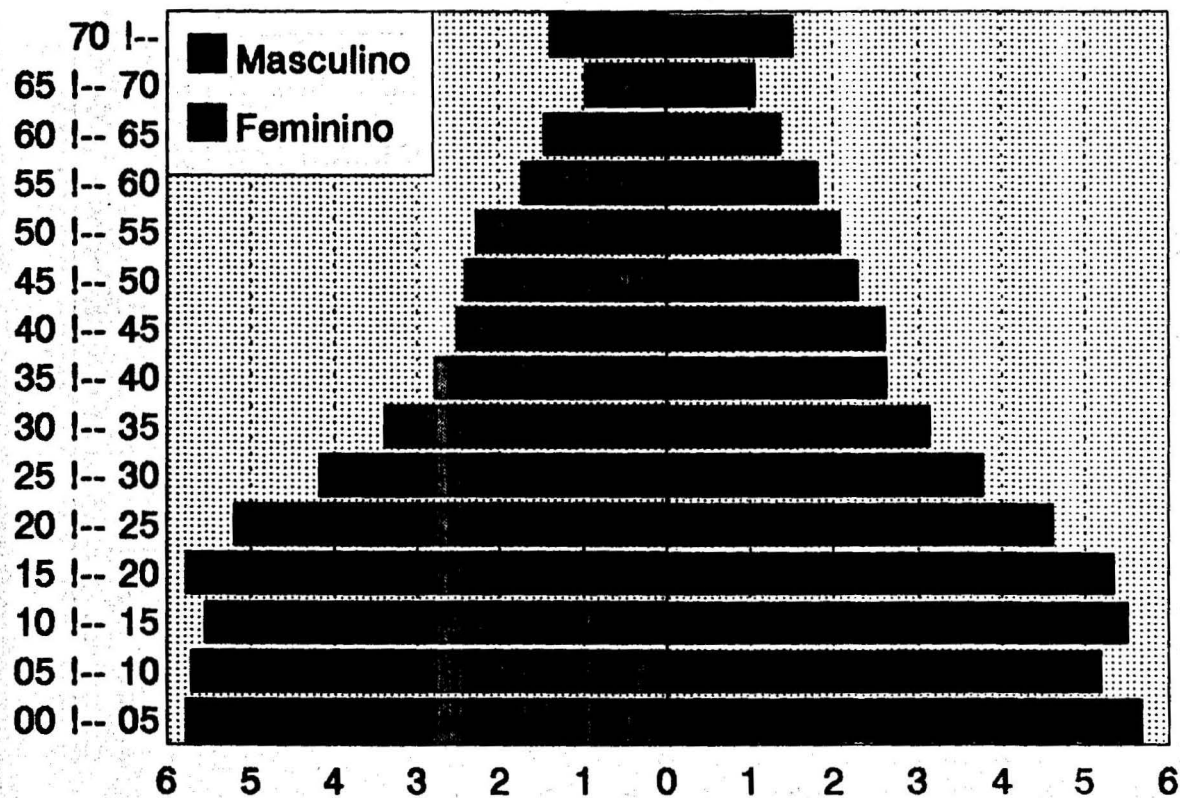
Já a pirâmide populacional de 1991 (figura 3) apresenta-se de forma diferente, com a barra correspondente à faixa etária de 0 - 5 anos acentuadamente menor do que a da faixa etária imediatamente anterior (5 a 10 anos), o que nos leva a pensar numa queda de natalidade. A barra correspondente à faixa etária de 5 a 10 anos é bem maior do que a das faixas anteriores, indicando um aumento da natalidade, possivelmente provocado por aumento migratório no Município ocorrido nos últimos 10 anos. O coeficiente de mortalidade infantil em 1980 era bastante elevado (84,08 nascidos vivos), o que justifica a diminuição acentuada da barra correspondente à faixa etária 10 a 15 anos.

As barras correspondentes às faixas etárias de 20 a 40 anos mantêm-se com maior uniformidade, provavelmente a migração diminuiu.

A população entre 0 - 15 anos corresponde a 32%, entre 15 - 60 anos 59.5% e acima de 60 anos 8.5% (apresentando uma ponta estreita no ápice da pirâmide).

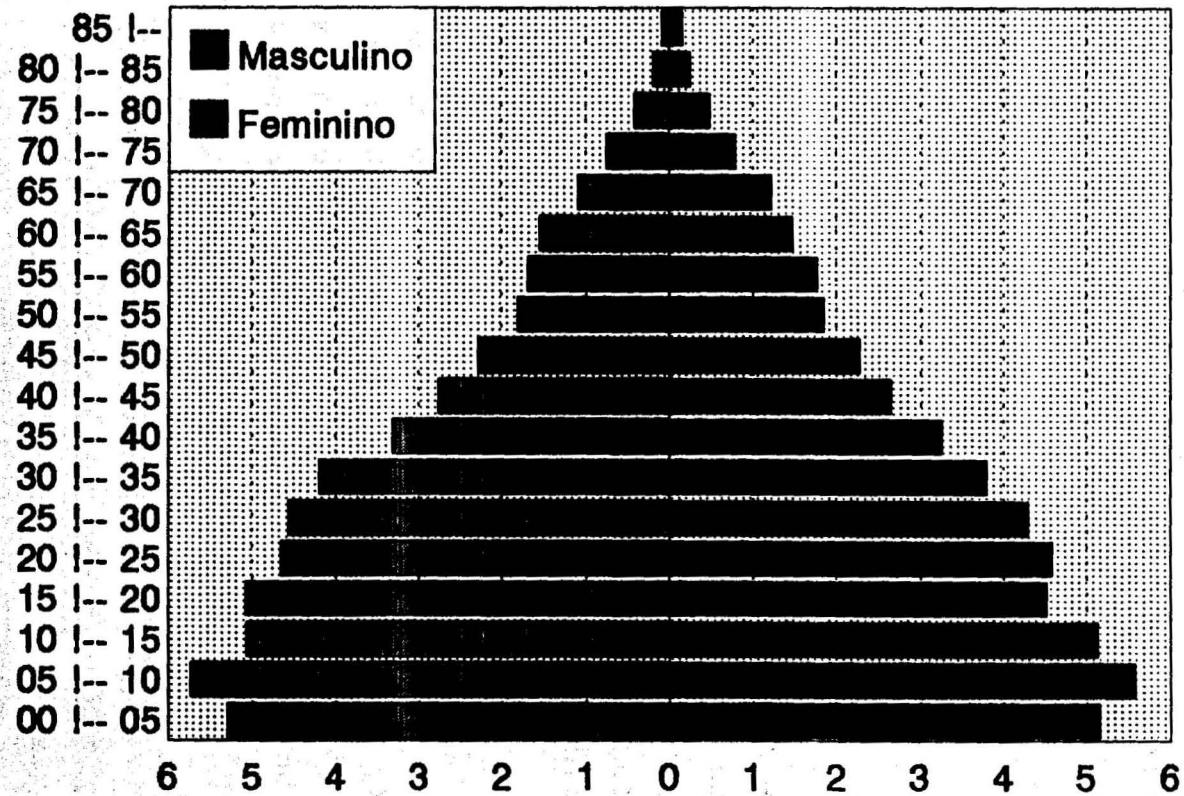
Segundo a classificação de THOMPSON pode-se dizer que a pirâmide populacional de Porto Feliz de 1991 é do tipo 2 (base larga e ponta estreita) com tendência ao tipo 5 (barra correspondente à faixa etária de 0 - 5 anos é mais estreita).

**FIGURA 2: PIRAMIDE POPULACIONAL DE PORTO FELIZ 1980**



Fonte: Censo Demografico 1980 - IBGE

**FIGURA 3: PIRAMIDE POPULACIONAL DE PORTO FELIZ 1991**



Fonte: Censo Demografico 1991 - IBGE

### 5.3 CLIMA E HIDROGRAFIA

De clima quente e úmido, tem como temperatura média máxima de 31 graus centígrados e média mínima de 12,5 graus centígrados.

A precipitação pluviométrica anual varia entre 1.100 e 1.250 milímetros em média, e umidade relativa anual de 72% em média.

Banham o Município de Porto Feliz o Rio Tietê e os ribeirões Avecuia, dos Pilões, e outros.

### 5.4 INDICADORES ECONÔMICOS E SOCIAIS

As principais vias de acesso são: rodovias Castelo Branco e Marechal Rondon. Estas vias permitem a entrada e saída de mercadorias de e para diferentes pontos do país com a rapidez desejável.

A rede comercial é composta de 609 estabelecimentos comerciais espalhados pelo Município, responsabilizando-se pelo abastecimento da população local.

O setor industrial é constituído por 109 unidades, destacando-se as metalúrgicas, químicas, têxteis e de papel, e as restantes de pequeno porte. Este setor vem sendo implementado, inclusive com a destinação de uma área ao lado da Castelo Branco para implantação de um parque industrial.

Na parte agrícola destacam-se as culturas industriais, notadamente cana-de-açúcar, que chega a ocupar cerca de 50% das terras cultiváveis. A cultura da uva também vem ganhando espaço, e o restante é preenchido por culturas de cereais entre outras e uma boa porção por chácaras de lazer.

A energia elétrica é fornecida pela "ELETROPAULO", com um total de 10.097 ligações, dos quais 8.153 são na zona urbana e 1.944 na rural.



#### 5.4.1 EDUCAÇÃO

##### ASPECTOS RELATIVOS À EDUCAÇÃO E COZINHA PILOTO

Conforme dados colhidos em entrevista coletiva na Diretoria de Educação, a municipalização da Educação encontra-se em processo de implantação no Município de Porto Feliz.

A verba da Prefeitura destinada a esta área é de 25% do Orçamento, mas segundo informações, na realidade gasta-se de 30 a 35%. O repasse de verba do Estado para a Prefeitura é realizado através da Delegacia de ensino.

A Diretoria de Educação é responsável pela pré-escola, onde trabalham 50 professores que atendem 1.200 alunos. Consta, ainda, que não há falta de vagas na pré-escola e nas creches.

Além das escolas estaduais de primeiro e segundo graus e as municipais com cursos regulares, há escolas particulares e SENAI (Serviço Nacional de Indústria), que oferecem cursos técnicos e profissionalizantes, como: contabilidade, magistério, de eletricista e cabelereiro. Existem ainda cursos de suplência de primeiro e segundo graus. De modo geral, a integração entre comunidade e escola não é satisfatória, mas ela ocorre em relação a cultura, (biblioteca e sala de música) ao esporte e turismo.

Em relação à Saúde existe pouca integração, ocorrendo esporadicamente por ocasião de campanhas de prevenção contra a cólera, de vacinação contra poliomielite e eventos semelhantes.

Não há desenvolvimento de programas de educação em saúde nas escolas municipais. Também não se conhece o funcionamento das escolas estaduais, nem programas de educação em saúde que realizem.

O Município responsabiliza-se ainda por pequenas reformas e consertos nas escolas rurais durante as férias,

fornece material de limpeza e cuida da desinfecção das caixas de água das escolas.

A Prefeitura assume a responsabilidade pelo transporte de alunos e professores, realizado por micro-ônibus que percorrem os bairros rurais. O transporte de professores à zona rural é feito por táxis e peruas.

Nos últimos anos, devido ao rápido crescimento da população no conjunto habitacional Jardim Vante Angelieri, há necessidade de se construir uma escola de primeiro grau pelo Estado, segundo a Diretoria de Educação.

Integrada à Diretoria de Educação existe a Cozinha Piloto que funciona da seguinte maneira: a equipe consta de 15 funcionários, em 2 turnos, incluindo as pessoas responsáveis pela padaria pertencente a este setor. São produzidos 12.000 pães e 9.500 refeições diariamente.

Estes alimentos são enviados às escolas municipais, estaduais (rurais e urbanas), ao asilo, à APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais) e à Casa de Recuperação de Usuários de Drogas.

Para o Hospital Bezerra de Menezes e Santa Casa são fornecidos mantimentos para que as refeições sejam preparadas em cada local.

A distribuição de refeições para as escolas e demais locais é feita por 5 peruas e por 15 motoristas, mantidos pela Prefeitura.

Analisando estes aspectos, percebe-se que realmente a Prefeitura Municipal está atenta a esta área, com relação à merenda escolar de boa qualidade, transporte de professores e alunos, além da manutenção das pré-escolas. Mas, através das informações obtidas não foi possível avaliar a questão primordial desta área que é a formação integral dos alunos.

As atividades relacionadas com a municipalização da Educação deveriam refletir um trabalho voltado principalmente para a área pedagógica, buscando uma participação dos

educadores, da comunidade, e a partir da realidade local direcionar ações que efetivassem amplamente a própria municipalização.

#### ESTABELECIMENTOS DE ENSINO

A rede de ensino do Município de Porto Feliz está distribuída da seguinte maneira:

- 6 Escolas Estaduais de primeiro grau
- 3 Escolas Estaduais de primeiro e segundo graus
- 1 Escola Particular de primeiro e segundo graus
- 6 Pré-Escolas municipais na zona urbana,
- 2 Pré-Escolas municipais na zona urbana rural,
- 3 Pré-Escolas particulares,
- 2 Creches públicas,
- 1 Escola de Inglês e Francês,
- 31 Escolas rurais isoladas sendo duas de primeiro grau.

Encontram-se inscritos 8.000 escolares.

#### 5.4.2 PROMOÇÃO SOCIAL

A Promoção Social está diretamente ligada ao gabinete da Prefeitura. É uma das diretorias constantes no Organograma municipal.

Contam com os seguintes profissionais: 1 assistente social que exerce a função de direção, 2 assistentes sociais envolvidas nas diversas atividades e 4 escrivães.

Possuem um serviço de plantão onde são atendidas pessoas com apresentação dos mais variados problemas, desde moradia, trabalho, creche, saúde, etc.

A diretoria desenvolve também alguns programas específicos:

##### - MORADIA

-realizam um cadastramento das famílias que necessitam de moradia;

-fazem sorteio quando é necessário;

-acompanham o projeto de construção das casas populares.

Julgam necessária a existência de outros projetos para tentar solucionar esta situação.

**-CURSOS PROFISSIONALIZANTES E SEMI-PROFISSIONALIZANTES**

-para os cursos semi-profissionalizantes, fornecem o material utilizado e cobram uma taxa simbólica (atualmente 100 cruzeiros reais);

-os cursos profissionalizantes são conveniados com o SENAI.

Para estes não é cobrado taxa. Formam uma média de 35 alunos por período de curso. Para o próximo ano pretendem ampliar os cursos oferecidos. Ressaltam que recebem ajuda de materiais das indústrias da cidade.

**-PROJETO TERCEIRA IDADE:**

-Este projeto conta com a inscrição de 150 idosos porém, com a presença fixa de 80% das pessoas. Reunem-se uma vez por semana, à quartas-feiras, no horário das 14:00h às 17:00h, nos outros dias da semana dividem-se por grupos de interesse: pintura, crochê, tricô, etc.

**-CRECHE:**

-As creches do Município eram coordenadas pela diretoria da promoção social. Estão agora subordinadas à diretoria da Educação. Continuam assessorando o trabalho de acompanhamento das famílias.

Além desses projetos prestam assessoria ao albergue existente na cidade, pertencente a uma entidade filantrópica espírita. Através dele conseguem abrigo para pessoas ou famílias em situação de necessidade.

A migração existente na cidade é uma grande preocupação. Os migrantes, em sua maioria do norte do Paraná, chegam na cidade em busca de melhores condições de vida. Quando houve o loteamento popular, devido à crescente migração, utilizaram como critério para se conseguir moradia, a permanência mínima de 2 anos no Município. Esta preocupação não se restringe apenas ao Município de Porto Feliz. Toda a

região de SOROCABA sofre com esta problemática. Os trabalhadores são levados para as fazendas da região por empreiteiras contratadas e chegam até 200 famílias de uma só vez. Esses trabalhadores não recebem salário, acabam deixando o resultado do trabalho nos armazéns das fazendas. Por isso não possuem dinheiro. Acabam sobrecarregando, e muito o Município.

Estão tentando a nível de Sorocaba, organizar um grupo para discutir e tentar encaminhar soluções a respeito da migração.

A promoção social relaciona-se com a saúde, encaminhando pessoas que chegam ao plantão da promoção, diretamente aos locais de resolução da diretoria de saúde. Desenvolve ainda, um trabalho integrado através do fornecimento de passes para acompanhantes de enfermos, quando há necessidade de encaminhamento para outros locais.

#### 5.4.3. SANEAMENTO BÁSICO

##### Abastecimento de água

Cerca de 100% das residências da zona urbana estão providas de água potável tratada pelo SAAE (Serviço Autônomo de Água e Esgotos), num total de 8.728 ligações.

O setor administrativo do SAAE funciona atualmente no prédio da antiga estação ferroviária, de propriedade da Prefeitura local.

A água utilizada para o abastecimento é captada do ribeirão Avecuia com 15km estando em toda sua extensão, dentro dos limites do Município. Este fator facilita o controle de qualidade desta água, inclusive estão organizando, sob orientação da CETESB, um cadastramento das propriedades existentes ao longo do Ribeirão.

Todo o tratamento realizado segue os padrões oficiais recomendados. Existe inclusive cooperação técnica da CETESB. Após o tratamento, a água é distribuída em 14

reservatórios localizados em diversos pontos da cidade (anexo XI).

O SAAE é uma autarquia municipal com 54 funcionários que vêm desenvolvendo uma política voltada para as necessidades concretas da população. Neste sentido já possui projeto que permitirá duplicar o volume da água tratada, considerando o aumento rápido da população do município, evitando assim um colapso de fornecimento a curto prazo.

Merece destaque a preocupação deste setor com o aspecto social. Atualmente, quem consome até 5000 litros por mês está isento do pagamento e isto representa 15% da população (dados referentes a novembro de 1993). Existe a meta para o próximo ano de inverter a lógica de preços da água, de modo que quem consome mais, pague um valor maior.

É de se ressaltar, ainda, que o fornecimento de água tratada estende-se à parte da zona rural a longo da Rodovia Marechal Rondon.

Esta política, no que pudemos constatar, vem contribuindo sobremaneira para a melhoria das condições de saúde da população conseqüentemente a qualidade de vida da mesma.

#### Rede de Esgoto

Este sistema cobre 98% das residências, num total de 8.567 ligações. Os 2% não cobertos pela rede, referem-se ao bairro Cidade Jardim.

Apesar da quase totalidade da zona urbana possuir rede de esgoto, o mesmo não sofre qualquer tipo de tratamento. Existem 17 pontos de lançamento direto no rio Tietê.

Historicamente no Brasil, se priorizou o abastecimento de água, ficando o tratamento de esgoto sempre sem devida atenção. Porto Feliz não fugiu a esta regra e hoje, este projeto, apesar de simples, significaria um alto investimento para o Município.

Desta maneira, segundo técnicos do setor, uma saída viável seria a busca de financiamento externo. Acredita-se que esta seria uma medida de fácil aceitação frente ao atual momento, em que as questões ligadas ao meio ambiente estão ganhando destaque a nível nacional e internacional, evidenciando sua importância para a saúde pública.

Ressalta-se a existência no município de uma indústria de tintas denominada "GLOBO TINTAS", que desde a sua implantação em 1979 realiza o tratamento de seus resíduos tanto químicos quanto orgânicos, seguindo as normas da CETESB. Com este trabalho, evita a poluição do rio neste trecho e contribui com as questões do meio ambiente.

#### Coleta e Disposição de Resíduos Sólidos

A coleta de lixo é feita pela Prefeitura Municipal e o seu destino é o "LIXÃO" que se localiza à cerca de 5km da cidade, às margens do rio Tietê. O volume diário é de aproximadamente 7 toneladas e a coleta é realizada por 3 equipes compostas por 5 pessoas cada. Possuem caminhões apropriados para o trabalho e no centro da cidade, existe a coleta noturna.

O lixo hospitalar é recolhido em veículo próprio, 2 vezes por semana e percorre todos os estabelecimentos de saúde, inclusive os particulares.

A população, mesmo nos bairros mais populares, possui o hábito de acondicionar seu lixo doméstico em sacos plásticos em suportes apropriados.

Os lixeiros não se adaptaram ao uso de equipamento de proteção, vestem apenas o uniforme. Com relação à limpeza da cidade existe uma equipe de 26 varredores e 30 ajudantes gerais. Estes se responsabilizam pela remoção de entulhos, limpeza das galerias, buracos, desobstrução de estradas e enterro de animais.

Embora a coleta de lixo seja eficiente e a cidade seja

limpa, seu destino final é num terreno a céu aberto, onde não sofre nenhum tipo de tratamento. Apenas o lixo hospitalar é queimado e enterrado.

Esta foi uma das situações mais preocupantes detectada no município. O poder público municipal tem consciência da gravidade do problema e está buscando cooperação técnica para solucioná-lo.

## 5.5 INDICADORES DE SAÚDE

### MORBIDADE

A diretoria de Saúde não possui informações sistematizadas sobre morbidade hospitalar e dada a exiguidade do tempo de que dispomos para elaboração do T C M, não nos foi possível consolidar os dados constantes dos Boletins de internação hospitalar (CAH 106).

Com relação aos atendimentos da rede básica de saúde, as informações contidas na tabela 2 apontam que mais de 20% das consultas tem como causa "a esclarecer". A segunda causa de atendimento é a gravidez (6.2%), seguida das I.V.A.S. (5.2%), da hipertensão arterial (4.2%) e da gripe (3.7%), a anemia (2.8%), a dor abdominal (2.5%) a leucorreia e a prevenção do câncer ginecológico (2.3%) e as verminoses (2.2%) .

As demais causas somam 48.4%, porém individualmente representam menos do que 2% cada causa.

### MORTALIDADE INFANTIL

O coeficiente de mortalidade infantil do Município de Porto Feliz encontra-se na faixa dos 23.5 por mil nascidos vivos, padrão considerado bom comparando-se com o Estado de São Paulo como um todo (tabela 3).

Analisando a série histórica do coeficiente de mortalidade infantil observa-se acentuada queda na mortalidade infantil tardia, provavelmente como resultado de melhoria das



condições de saúde da população, especialmente no que se refere a saneamento básico (água e esgotos), nutrição, moradia e cobertura vacinal (figuras 4 e 5).

A mortalidade infantil precoce (até 28 dias de vida) reflete diretamente a atenção prestada ao pré-natal, parto e puerpério. O coeficiente de mortalidade infantil precoce nos últimos 10 anos apresentou queda, porém seu declínio foi mais discreto do que o de mortalidade infantil tardia.

Levando-se em consideração que a quantidade das consultas de pré-natal realizadas no Município é boa em relação à população e que cerca de 95% dos partos do Município são hospitalares, a qualidade das consultas realizadas e da assistência prestada na hora do parto merecem especial atenção quando se pretende baixar o coeficiente de mortalidade infantil precoce ou neonatal.

#### RAZÃO DE MORTALIDADE PROPORCIONAL E CURVA DE NELSON DE MORAES

A proporção de óbitos de 50 anos e mais (Swaroop Uemura), em relação ao total de óbitos no Município de Porto Feliz no ano de 1991, foi de 73,9 %.

A curva de mortalidade Proporcional (Nelson de Moraes) aponta para um nível de saúde elevado (Tipo IV) (tabela 4 e figura 6).

#### MORTALIDADE POR CAUSA ESPECÍFICA

Pela tabela 5 podemos observar o comportamento das diferentes causas de óbito no município de Porto Feliz nos última década, especialmente nos anos de 1980, 1985 e 1991.

As doenças do aparelho circulatório e as neoplasias vêm crescendo em proporção ao obituário geral e no ano de 1991 somam 55% da totalidade dos óbitos. Estas causas de morte nessa proporção são típicas de países desenvolvidos, porém, não podemos deixar de considerar um aspecto observado nas pirâmides populacionais de que há uma redução acentuada na

população entre 15 e 40 anos (provavelmente provocada por uma evasão desta parcela da população em busca de mercado de trabalho e universidades), o que pode estar aumentando ainda mais esta proporção.

Observa-se também uma queda de 50% dos óbitos por doenças infecciosas e parasitárias, o que vem reforçar a importância da melhoria das condições de saneamento básico no município para a queda da mortalidade por esta causa específica.

Quanto às causas de óbitos por afecções originadas no período perinatal, verifica-se que as mesmas se mantêm em torno de 5%, demonstrando que não houve intervenção significativa no que se refere à assistência ao pré-natal, parto e puerpério no período.

Verifica-se ainda que as causas de óbito por afecções mal definidas em 1991 representam 6,31%, o que reflete o provável preenchimento inadequado dos atestados de óbito e, a inexistência de serviço de verificação de óbito local, certamente contribui para a ocorrência deste índice.

**TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS PRINCIPAIS CAUSAS DE ATENDIMENTO NA REDE BÁSICA, NO MUNICÍPIO DE PORTO FELIZ, 1992.**

CAUSA DE ATENDIMENTO	NUMERO	%
A Esclarecer	12664	20,2
Gravidez	3873	6,2
I.V.A.S.	3297	5,2
Hipertensão Arterial	2670	4,2
Gripe	2353	3,7
Anemia	1746	2,8
Dor Abdominal	1590	2,5
Leucorréia	1455	2,3
Prevenção de Câncer Ginecológico	1425	2,3
Verminoses	1376	2,2
Dernais causas	30234	48,4
<b>TOTAL</b>	<b>62683</b>	<b>100,0</b>

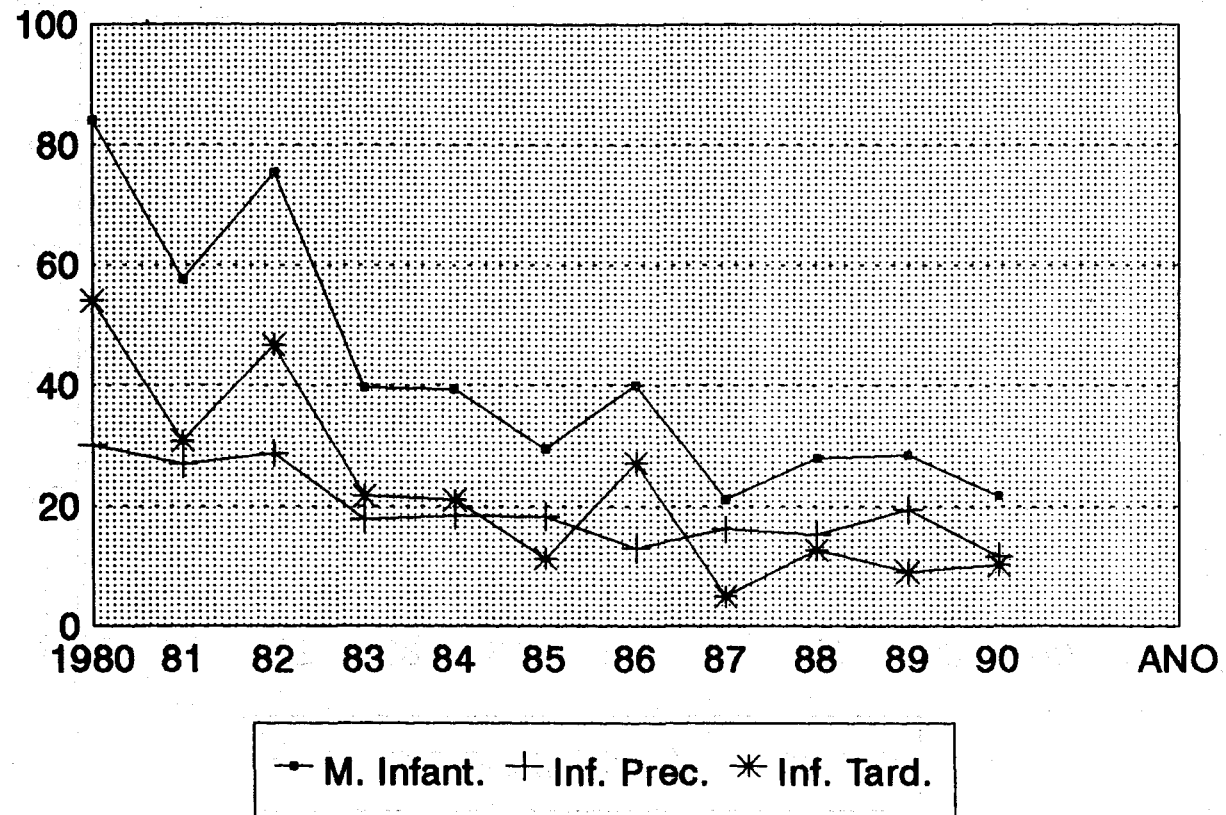
FONTE: Diretoria Municipal de Saúde de Porto Feliz

TABELA 3 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL E SEUS COMPONENTES, POR 1000 NASCIDOS VIVOS, MUNICÍPIO DE PORTO FELIZ, 1980 A 1990

ANO	MORTALIDADE INFANTIL	MORT. INFANTIL TARDIA	MORT. INFANTIL PRECOCE
1980	84,08	30,03	54,05
1981	57,69	26,92	30,76
1982	75,44	28,74	46,70
1983	39,54	17,85	21,68
1984	39,37	18,37	20,99
1985	29,41	18,21	11,20
1986	39,95	12,89	27,06
1987	21,09	16,13	4,96
1988	27,92	15,23	12,69
1989	28,39	19,35	9,03
1990	21,70	11,60	10,20

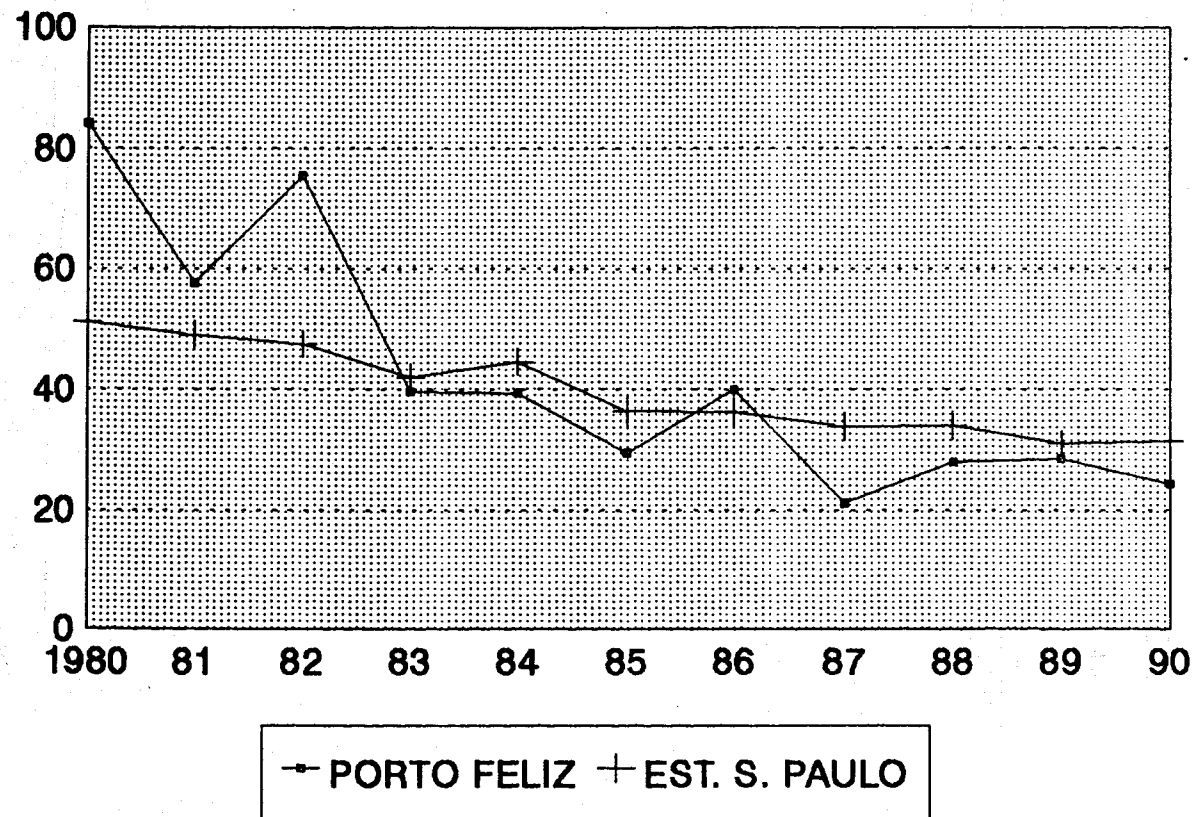
FONTE: CIS/SEADE

**FIGURA 4 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL**  
 MUNICIPIO DE PORTO FELIZ - SERIE HISTORICA 1980 A 1990



CIS/SEADE

**FIGURA 5 - COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL**  
MUNICIPIO DE PORTO FELIZ E ESTADO DE SAO PAULO 1980 A 1990



FONTE: CIS/SEADE

TABELA 4 - ÓBITOS PROPORCIONAIS POR FAIXA ETÁRIA.  
MUNICÍPIO DE PORTO FELIZ, 1991.

FAIXA ETÁRIA	ÓBITOS	%
< 1	19	7,06
1   - 5	4	1,49
5   - 20	2	0,74
20   - 50	45	16,73
50   -	199	73,98
<b>TOTAL</b>	<b>269</b>	<b>100,00</b>

Fonte: Fundação SEADE

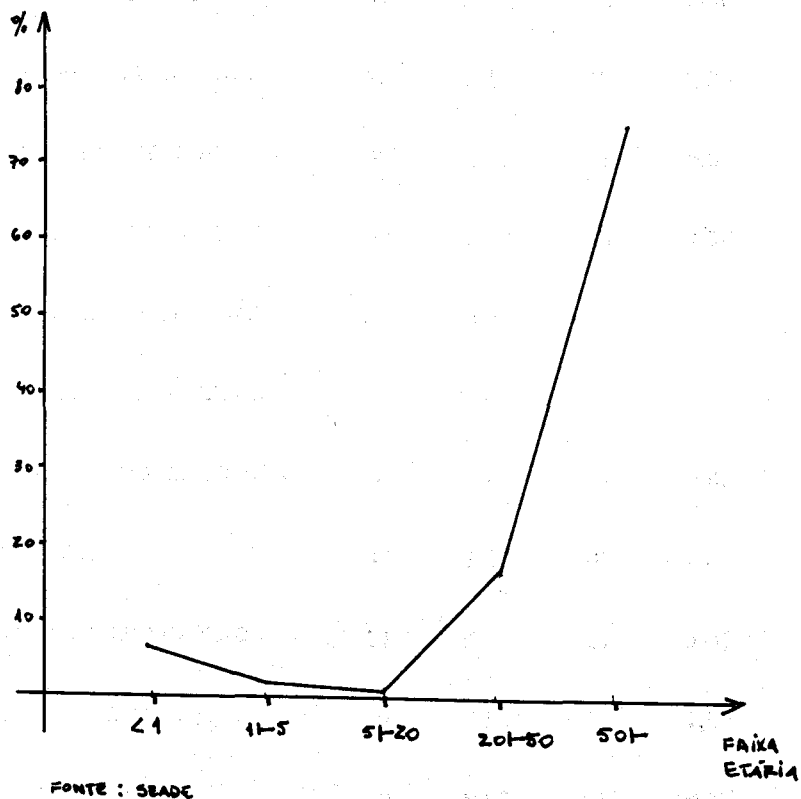


FIGURA 6 - CURVA DE MORTALIDADE PROPORCIONAL, MUNICÍPIO DE PORTO FELIZ, 1991.

**TABELA 5 DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PORCENTAGEM DE ÓBITOS  
SEGUNDO GRUPOS DE CAUSA (CID), PORTO FELIZ, 1980, 1985 E 1991**

CLASSIFICAÇÃO	1980		1985		1991	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
I - DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	14	6,36	11	5,05	10	3,74
II - NEOPLASMAS	26	11,81	27	12,39	43	15,99
III - DOENÇAS DAS GLÂNDULAS ENDÓCRINAS, DA NUTRIÇÃO E DO METABOLISMO E TRANSTORNOS IMUNITÁRIOS	17	7,72	07	3,21	13	4,83
IV - DOENÇAS DO SANGUE E DOS ÓRGÃOS HEMATOPOÉTICOS	02	0,90	02	0,92	-	-
V - TRANSTORNOS MENTAIS	-	-	-	-	-	-
VI - DOENÇAS DO SISTEMA NERVOSO E DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS	-	-	02	0,92	-	-
VII - DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO	69	31,42	100	45,85	106	39,41
VIII - DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATORIO	18	8,18	18	8,25	16	5,94
IX - DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO	03	1,36	11	5,05	07	2,60
X - DOENÇAS DO APARELHO GENTTURINÁRIO	02	0,90	03	1,38	05	1,86
XI - COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ, PARTO E PUEERPÉRIO	01	0,45	-	-	01	0,37
XII - DOENÇAS DA PELE E DO TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO	-	-	-	-	-	-
XIII - DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO	-	-	01	0,46	-	-
XIV - ANOMALIAS CONGÊNITAS	04	1,82	01	0,46	03	1,11
XV - ALGUMAS AFECÇÕES ORIGINADAS NO PERÍODO PERINATAL	14	6,36	11	5,05	12	4,46
XVI - SINTOMAS, SINAIS E AFECÇÕES MAL DEFINIDOS	10	4,54	04	1,84	17	6,31
XVII - LESÕES E ENVENENAMENTOS	20	9,09	20	9,17	15	5,57
TODAS AS DOENÇAS NÃO RELACIONADAS ACIMA (Entre 140 e 799)	20	9,09	-	-	21	7,81
<b>TOTAL</b>	<b>220</b>	<b>100,00</b>	<b>218</b>	<b>100,00</b>	<b>269</b>	<b>100,00</b>

FORTE: CIS/SEADE



## 6. DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

### 6.1 DIRETORIA MUNICIPAL DE SAÚDE

O Sistema de Saúde do Município está estruturado na forma de diretoria e apresenta autonomia de ação em relação à Prefeitura.

Estão diretamente subordinados à diretoria os seguintes setores: Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Informática, atendimento de serviços de saúde (que por sua vez responsabiliza-se pelos Centros de saúde), atendimento e controle administrativo relacionado ao Estado, Farmácia e serviços gerais. Consta da estrutura da Diretoria de Saúde 1 oftalmologista, 1 otorrinolaringologista e 1 ortopedista que prestam serviços na Santa Casa (anexos XII a XVI).

Todos estes setores concentram-se num mesmo prédio situado no centro da Cidade permitindo fácil acesso da população à Diretoria, à Farmácia e ao setor de marcação de consultas.

### 6.2 RECURSOS HUMANOS

Quando se pensa em municipalização de Saúde é indispensável se considerar também as questões relativas a recursos humanos.

É necessário garantir que o trabalhador da saúde tenha condições adequadas para o pleno desenvolvimento de suas funções, e que seja entendido como sujeito/agente do processo de mudança, sendo valorizado e profissionalizado.

Pudemos perceber que no Município existe uma preocupação com a criação de um plano de carreiras, cargos e salários; e aos funcionários do Estado paga-se isonomia salarial.

Por outro lado, não há uma política de formação e capacitação de recursos humanos, havendo apenas incentivo às iniciativas individuais e isoladas.

Nesse sentido, destacamos a importância do município implantar uma política de recursos humanos que considere os princípios gerais do SUS em relação aos recursos humanos.

Apresentamos abaixo o quadro de funcionários municipais da saúde:

NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PORTO FELIZ,  
SEGUNDO CARGO.

Funções	Quantidade
Diretor Municipal de Saúde	1
Chefe de Vigilância Epidemiológica	1
Chefe de Vigilância Sanitária	1
Assistentes sociais	5
Clinico Geral	9
Reumatologista	1
Psiquiatra	1
Cardiologista	1
Dermatologista	2
Ginecologista/obstetra	4
Pediatra	5
Odontólogo	10
Enfermeira	2
Fonoaudiólogo	1
Psicólogo	1
Fiscal de Higiene e Saneamento	6
Técnico de Enfermagem	4
Escriturário	9
Motorista	11
Auxiliar de Enfermagem	8
Visitador Sanitário	9
Atendente de Enfermagem	4
Recepcionista	8
Serviços Gerais	10

QNTE: Organograma funcional da Diretoria de Saúde de Porto Feliz

### 6.3 REDE BÁSICA (vide quadro)

A população do Município de Porto Feliz têm à disposição 1 Centro de saúde Estadual municipalizado, 3 Centros de saúde municipais na zona urbana sendo um deles para especialidades e 1 Posto de saúde municipal na zona rural

#### DESCRIÇÃO DO FUNCIONAMENTO E ATENDIMENTO DAS UNIDADES

Existem 3 unidades que desenvolvem basicamente as mesmas atividades, contando com uma estrutura e disponibilidade de recursos muito semelhantes. São elas:

- CS II Antônio Patucci
- CSM Dr. Antônio Pires de Almeida (Popular)
- CSM Dr. José Sacramento e Silva (Bambú)

HORÁRIO DE ATENDIMENTO: Das 7:00 às 17:00 horas

Estas Unidades atendem nas áreas básicas de pediatria, clínica médica, ginecologia e obstetrícia, odontologia, enfermagem e serviço social. Realizam encaminhamento para as demais especialidades quando necessário, tanto a nível municipal quanto regional.

O CSM Dr. Francisco Moreira Júnior (Manduquinha) recentemente foi transformado em Centro de especialidades contando com as seguintes áreas de atendimento: cardiologia e eletrocardiografia, psiquiatria, reumatologia, fonoaudiologia, psicologia, dermatologia sanitária, além da clínica médica, odontologia básica, alguns procedimentos de enfermagem e serviço social.

O Posto de Saúde Municipal de Agro Vila CAIC está localizado numa área de assentamento. Foi implantado a partir de reivindicação da população e consegue atender apenas com um médico e 1 visitador sanitário um dia na semana por um período de 4 horas (Quintas-Feiras a partir das 16 :00 horas).

REDE BÁSICA DE SAÚDE  
MUNICÍPIO DE PORTO FELIZ - 1993

UNIDADE CARACTERIZAÇÃO	CS II PORTO FELIZ	CSM BAMBU	CSM POPULAR	CSM MANDU- QUINHA	PSM AGROVILA CAIC
LOCALIZAÇÃO	Centro	Bambu	Jardim Excelcior	Vila America	Indaikatuba
TIPO	Municipa- lizado	Municipal	Municipal	Municipal	Municipal
Nº DE CONSULTÓRIOS	04	03	03	03	01
Nº DE EQUIPOS	03	01	01	01	0
SALA PEQ. CIRURGIAS	01	01	01	01	0
TURNO DE ATENDIMENTO	Manhã/Tarde	Manhã/Tarde	Manhã/Tarde	Manhã/Tarde	Intermitente
ESPECIALIDADES	Prof. -Hs/sem	Prof. -Hs/sem	Prof. -Hs/sem	Prof. -Hs/sem	Prof. -Hs/sem
Enfermagem	01-40		01-40		
Assistente Social	01-40	01-40	01-40	02-80	
Nutricionista	01-05				
Clínica Médica	03-60	02-36	03-50	01-20	01-04
Odontol. Básica	03-60	02-40	03-60	02-40	
Pediatria	02-50	01-20	02-38		
Dermat. Sanitária	01-02			01-20	
Prof. Nivel Médio	12-600	07-280	07-280	03-120	01-04
Gineco/Obstetricia	01-30	01-20	02-30		
Vacinação	01-40	01-40	01-40		
Cardiologia				01-16	
Eletrocardiografia				01-04	
Psiquiatria				01-20	
Reumatologia				01-04	
Fonoaudiologia				01-33	
Psicologia				01-33	

## 6.4 REDE AMBULATORIAL

### 6.4.1 CONVENIADA COM O SUS

O Município conta basicamente com o serviço ambulatorial especializado da Santa Casa, além do Hospital "Bezerra de Menezes" e dos ambulatórios dos sindicatos dos trabalhadores rurais e das indústrias alimentícias.

A Santa Casa oferece as seguintes especialidades: cardiologia, cirurgia geral, dermatologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, urologia, fonoaudiologia e odontologia básica.

Os sindicatos oferecem apenas clínica médica e odontologia básica.

### 6.4.2 OUTROS SERVIÇOS NÃO CONVENIADOS

Existem no município de Porto Feliz diversos serviços médicos particulares, dentre eles destacamos o ambulatório médico da Fazenda Capuava que atende os funcionários da União São Paulo S/A que possui sete fazendas na região de Porto Feliz. O ambulatório presta serviço médico, odontológico, de enfermagem e serviço social, procurando resolver as questões de saúde de seus usuários no próprio local. Os casos não solucionados são encaminhados para o CS Popular ou referenciados ao atendimento especializado do CS Manduquinha.

## 6.5 SERVIÇOS DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA

Todo o serviço de urgência/emergência do Município é realizado na Santa Casa com atendimento ininterrupto de 24 horas, e conta com toda a complexidade do hospital.

## 6.6 REDE HOSPITALAR

O Município não conta com rede hospitalar própria, porém os dois hospitais filantrópicos da cidade oferecem ao SUS a quase totalidade dos seus leitos.

REDE AMBULATORIAL CONVENIADA AO SUS  
MUNICÍPIO DE PORTO FELIZ - 1993

UNIDADE CARACTERIZAÇÃO	HOSPITAL BEZERRA MENEZES	SANTA CASA	SIND. TRAB. RURALS	SIND. TRAB. INDUST.
LOCALIZAÇÃO				
TIPO	Filantropica	Filantropica	Ent. Classe	Ent. Classe
Nº CONSULTÓRIOS	04	0	01	01
Nº EQUIPOS	0	0	01	01
SALA DE GESSO	0	01	0	0
SALA PEQ. CIRURGIA	0	01	0	0
SALA CIRURGIA AMBULAT.	02	0	0	0
LABORATÓRIO	Próprio	Próprio	-	-
FISIOTERAPIA	-	Un. própria	-	-
EXAMES RADIOLOGICOS	-	Lab. próprio	-	-
URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	Não possui	03 unidades	-	-
TURNOS DE ATENDIMENTO	24 horas	24 horas	manhã/tarde	manhã/tarde
SERVIÇOS	Prof. - Hs/Sem 11-0	Prof. - Hs/sem	Prof. - Hs/sem	Prof. - Hs/sem
Ginecologia		02-10		
Cardiologia		01-04	01-20	01-20
Cirurgia Geral		01-03		
Clínica Médica		01-12	01-20	01-20
Dermatologia		01-09		
Odontologia Básica		02-18		
Oftalmologia		01-09		
Ortopedia		01-09		
Otorrinolaringologia		01-04		
Urologia		01-04		
Foncaudiologia		02-06		

REDE HOSPITALAR CONVENIADA AO SUS  
MUNICÍPIO DE PORTO FELIZ - 1993

Nº DE LEITOS CLÍNICAS	SANTA CASA	BEZERRA DE MENEZES	TOTAL
CIRURGICA	23	-	23
MÉDICA	63	15	78
PEDIÁTRICA	16	06	22
OBSTÉTRICA	-	08	08
<b>TOTAL</b>	<b>102</b>	<b>29</b>	<b>131</b>

A Santa Casa dispõe de leitos de clínica cirúrgica, médica e pediátrica.

O Hospital "Dr. Bezerra de Menezes" é referência de obstetrícia contando com leitos obstétricos, de clínica médica e pediatria.

Não existe uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) nos hospitais do município e os problemas de saúde de maior complexidade são referenciados para o Hospital Regional de Sorocaba e Hospital das Clínicas da UNICAMP.

#### 6.7 SERVIÇO DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPEUTICA

A Santa Casa presta serviços de laboratório, banco de sangue, fisioterapia e diagnósticos por imagem (RX e ultrassom) para toda a clientela referenciada da rede básica.

O Hospital Bezerra de Menezes presta apenas serviço de laboratório. Os serviços de maior complexidade são referenciados para Sorocaba e ou Campinas.

**ANÁLISE DA COBERTURA MÉDICA ASSISTENCIAL EM PORTO FELIZ**  
(tabela 6 e figura 7)

Considerando-se que a população do município de Porto Feliz é de 36.880 habitantes e levando-se em conta que são necessárias 2,5 consultas/hab/ano, estima-se que devam ser realizadas 92.200 consultas médicas por ano, distribuídas em: 65% de clínicas básicas - clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia e cirurgia geral (59.930); 20% de clínicas especializadas (18.840) e 15% de urgência e emergência (13.830).

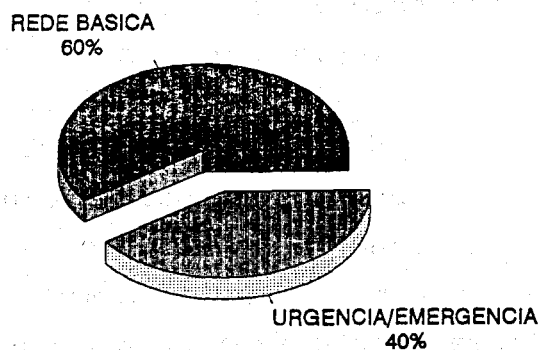
O número total de consultas médicas realizadas em 1992 foi de 105.078, número este que garante à população de Porto Feliz uma boa cobertura de atendimento médico, considerando-se a quantidade de consultas realizadas. Observamos ainda que as consultas de urgência e emergência representam 40% do total dos atendimentos médicos realizados, incluindo neste percentual as especialidades da Santa Casa de Misericórdia de Porto Feliz.

TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DAS CONSULTAS MÉDICAS, SEGUNDO TIPO DE ATENDIMENTO, NO MUNICÍPIO DE PORTO FELIZ, 1992

TIPO DE ATENDIMENTO	NÚMERO	%
REDE BÁSICA	62.683	60
URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	42.495	40
<b>TOTAL</b>	<b>105.078</b>	<b>100</b>

FONTE: Diretoria Municipal de Saúde de Porto Feliz

FIGURA 7 - CONSULTAS MÉDICAS REALIZADAS NO ANO DE 1992  
MUNICÍPIO DE PORTO FELIZ



FONTE: DIRETORIA MUNICIPAL DE SAUDE DE PORTO FELIZ



Considerando o número de profissionais médicos da rede básica e ambulatorial, sua carga horária/dia, multiplicado por 220 dias úteis trabalhados no ano e executando 4 consultas por hora, o município tem capacidade de realizar aproximadamente 90.000 consultas médicas por ano (sem considerar a rede de urgência e emergência), número bastante superior ao necessário (78.784).

O número de leitos conveniados (131 - 3,56 por mil habitantes) também está bastante acima dos 2,7 propostos pelo INAMPS, aproximando-se dos 4 leitos/mil habitantes propostos pela Organização Mundial da Saúde.

Portanto no que se refere ao número de profissionais médicos e às instalações físicas necessárias para uma adequada cobertura assistencial médica, o município dispõe de recursos suficientes para um bom desenvolvimento das ações de saúde. Caberia apenas uma reorganização dos serviços de forma a se garantir maior resolutividade das ações desenvolvidas nos três níveis distintos de atenção (primário, secundário e terciário), ressaltando-se o nível primário.

#### 6.8 ASPECTOS RELATIVOS À ENFERMAGEM

Com a municipalização da saúde, houve construção de novas unidades básicas, o Município de Porto Feliz empenhou-se em aumentar o seu quadro de recursos humanos, principalmente no que se refere ao pessoal de enfermagem.

Atualmente a rede municipal conta com: 2 enfermeiras, 4 técnicos de enfermagem, 8 auxiliares de enfermagem e 4 atendentes de enfermagem.

As enfermeiras respondem pelas chefias de 2 Centros de Saúde, além de coordenarem todo o serviço de enfermagem de suas unidades.

As atividades de enfermagem restringem-se à recepção do paciente na unidade, pré-consulta, pós-consulta, aplicação de vacinas e medicamentos e realização de curativos.

Em geral, estas atividades desenvolvidas pela enfermagem não fazem parte de rotina estabelecida por programas, pois há predominância de consultas médicas, tipo "pronto atendimento" nas unidades.

A enfermagem desenvolve atividades específicas e tem papel destacado na assistência prestada aos hansenianos e tuberculosos, com base no programa estabelecido pela Secretaria de Estado da Saúde.

O pessoal de enfermagem tem se empenhado no controle das doenças preveníveis por vacina, imunizando a população do município, dando especial atenção às crianças menores de 1 ano onde a cobertura vacinal atinge altas taxas.

Contudo, apesar de nos últimos anos a Prefeitura Municipal ter investido na contratação de pessoal de enfermagem, ainda há necessidade de aumento de funcionários nessa área, principalmente em relação aos enfermeiros.

Aponta-se uma sugestão para que o município desenvolva programas de educação continuada, destinado a manter e atualizar o conhecimento técnico-científico e habilidades destes profissionais, tanto de nível médio como de nível superior, pois são os que prestam assistência direta à população.

#### 6.9 VIGILÂNCIA SANITÁRIA

A vigilância Sanitária foi municipalizada há 2 anos, juntamente com a Saúde. Suas ações estão embasadas no código sanitário (Decreto 12342 de 27/09/1978) que foi adotado pelo Município como parâmetro para o trabalho nesta área.

A equipe técnica de Vigilância Sanitária é composta por 7 elementos, a saber: 1 engenheiro civil e de segurança, responsável técnico pelo setor, uma secretária e 5 fiscais de higiene e saneamento.

O método de organização interna é feito através da divisão da cidade em setores aos quais é designado um fiscal

para cada setor, cabendo a cada um o patrulhamento e a responsabilidade pela sua área.

Mensalmente há um rodízio de fiscais de modo a evitar a acomodação por parte dos mesmos e dos comerciantes. São realizadas também reuniões mensais onde fica estabelecido o setor no qual cada fiscal irá atuar e a fim de se discutir, de modo informal, eventuais problemas, dar novas sugestões, o método de atuação ou qualquer outro assunto referente ao aprimoramento das atividades.

Após as reuniões é elaborada uma ata, a qual é enviada posteriormente a todos os membros da equipe.

Denúncias e reclamações são feitas pessoalmente pela população, que se dirige diretamente a Prefeitura para efetua-las.

A atuação da Vigilância Sanitária pode ser dividida da seguinte forma:

#### 1-ESTABELECIMENTOS COMERCIAIS DE GÊNEROS ALIMENTÍCIOS:

São feitas vistorias periódicas visando a orientação dos comerciantes, a fim de garantir a mais perfeita condição de higiene do estabelecimento, dos funcionários bem como a dos produtos.

A ação visa corrigir, orientar e sanar os problemas da melhor forma possível, usando o bom senso ou, agindo com vigor quando a situação assim o exigir. Ainda não existe um curso destinado aos comerciantes, sendo a orientação feita "in loco".

#### 2-HABITACÕES

Atua no sentido de prevenção e orientação dos proprietários, a fim de manter seus imóveis em boas condições de higiene, evitando o surgimento de doenças, a proliferação de fauna nociva e outros problemas sanitários.

### 3-COLETA DE AMOSTRAS

Realiza coleta de amostra de água, nas fontes naturais, nas escolas das zonas rural e urbana, e em poços da zona rural. Além da coleta da água, também é feita a coleta de outros produtos destinados ao consumo humano que porventura possam causar qualquer risco de saúde à população. As análises são realizadas no Instituto ADOLFO LUTZ de SOROCABA.

### 4- COLETA DE LIXO HOSPITALAR

O lixo dos estabelecimentos hospitalares, farmacêuticos, consultórios médicos e odontológicos é recolhido por pessoal treinado. Após a coleta é dado um devido fim ao mesmo, de modo a não oferecer riscos de contaminação à população e ao meio ambiente.

### 5- PROTEÇÃO DOS MANANCIAIS DE ÁGUA DA CIDADE (BACIA DO RIO AVECUIA)

### 6- FISCALIZAÇÃO DE FEIRAS - LIVRES

### 7- FISCALIZAÇÃO DE PRODUTOS ALIMENTÍCIOS EM EVENTUAIS FESTAS QUE OCORRAM NA CIDADE

### 8- FISCALIZAÇÃO DENTRO DO POSSÍVEL, DE ABATE DE GADO CLANDESTINO QUE EVENTUALMENTE POSSA OCORRER NO MUNICÍPIO.

Paralelamente a essas atividades o setor de Vigilância Sanitária está desenvolvendo:

-Programa de inspeção municipal aos produtores de leite "in natura" no qual é verificado em que condições o leite é produzido e onde é exigido o atestado de saúde e de vacinação dos animais;

-Programa de coleta e armazenagem do lixo doméstico (ainda em projeto) que visa a eliminação dos chamados "lixões a céu aberto", e busca uma solução na qual a armazenagem possa ser feita de modo a causar o menor impacto ambiental possível.

Não há nenhuma atividade relacionada à saúde do trabalhador especialmente.

O controle da poluição ambiental e da fiscalização dos estabelecimentos hospitalares, farmacêuticos, médicos e odontológicos existentes no Município de Porto Feliz não é da responsabilidade do setor da Vigilância Sanitária. Problemas que possam ocorrer referentes a esses tópicos são encaminhados às autoridades competentes.

No exercício de suas funções o setor conta com apoio logístico, no sentido de consultoria técnica do Escritório Regional de Saúde (ERSA-59), Companhia Tecnológica de Saneamento Ambiental (CETESB), da Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN) e do Instituto Adolfo Lutz os quais localizam-se na cidade vizinha de Sorocaba.

#### MATADOURO MUNICIPAL

O Município de Porto Feliz possui matadouro próprio, subordinado à Administração da Prefeitura, que realiza o abate de suínos e bovinos e fiscaliza a qualidade da carne comercializada no município, através do Serviço de Inspeção Municipal (S.I.M.).

O Matadouro Municipal está instalado em condições apropriadas e conta com um médico veterinário que verifica as condições de saúde dos animais a serem abatidos.

A fiscalização sanitária do matadouro é realizada pelo Serviço de Vigilância Sanitária do ERSA-59 Sorocaba.

#### 6.10 CONTROLE DE ZOONOSES

O Município não dispõe de serviço de controle de zoonoses, uma vez que o projeto elaborado pelo chefe da equipe técnica de Vigilância Sanitária que se referia à criação de um "grupo de combate a zoonoses" foi arquivado por falta de verbas.

## 6.11 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Segundo a Lei n.º 6259 de 30/07/75, "a ação de Vigilância Epidemiológica compreende as informações, investigações e levantamentos necessários à programação e à avaliação das medidas de controle de doenças e de situações de agravo à saúde"

Posteriormente ao SUS surge a Lei 8080 de 19/09/90, onde coube ao município a execução dos serviços de Vigilância Epidemiológica

Em Porto Feliz a Vigilância Epidemiológica é de responsabilidade municipal e está subordinada à Diretoria de Saúde

A equipe é composta por 1 médico sanitário e 8 visitantes sanitários e está instalada fisicamente na própria Diretoria de Saúde.

Os visitantes têm formação a nível de segundo grau e, para terem condição de atuarem nesta área, receberam orientações e conhecimentos específicos.

Até dois meses passados, os visitantes trabalhavam a nível de cada unidade, atualmente ficam centralizados na Vigilância Epidemiológica. Esta mudança foi feita para facilitar o fluxo das informações e agilizar as ações, segundo o médico responsável.

Assim, os visitantes percorrem periodicamente (em dias alternados) os Centros de Saúde, Hospitais e Laboratórios em busca de informações sobre casos confirmados ou suspeitos de doenças de notificação compulsória.

Além disso, são atividades atribuídas ao visitante sanitário: participar das investigações epidemiológicas e ações de profilaxia decorrentes das mesmas; pesquisar vetores e escorpiões; observar animais (profilaxia da raiva); convocar faltosos em vacina, pacientes do Programa de Hanseníase e Tuberculose; realizar visitas domiciliares a pacientes hipertensos e diabéticos quando necessário.

Dentre as doenças prevalentes no município, a hanseníase contribui com uma alta incidência, existindo para tal ocorrência uma explicação histórica. O Hospital Pirapitingui de Itu, em épocas passadas, confinava os hansenianos de várias regiões e estes acabavam influenciando os familiares a morar nas proximidades de onde iriam permanecer por longo tempo. Com o término do confinamento, os hansenianos e seus familiares acabaram fixando-se nas proximidades do hospital (Itu, Porto Feliz e Sorocaba).

Em consequência disso, Porto Feliz tem hoje uma incidência três vezes maior do que a incidência do Estado de São Paulo, segundo informações fornecidas.

O número de casos novos diagnosticados em 93 somam 6, distribuídos nas formas clínicas: Virchowiana = 3, Dimorfa = 2 e Tuberculóide = 1.

Estão atualmente em controle no Programa de Hanseníase, 41 pacientes e de acordo com a forma clínica estão distribuídos em: Virchowiana = 30, Dimorfa = 3, Tuberculóide = 5 e Indeterminada = 3. Fazem parte deste controle 52 comunicantes.

Outra doença endêmica é a tuberculose. Em 93 foram diagnosticados 11 casos novos e estão atualmente em controle 12 doentes e 2 comunicantes.

Nos últimos anos, outra doença em que ocorreu aumento no número de casos foi a leishmaniose. A Vigilância tem realizado busca ativa na região onde foi detectado o doente, procurando pessoas ou animais infectados.

Em 92 diagnosticou-se um caso de difteria em criança vacinada no município.

Em relação às outras doenças preveníveis por vacina (sarampo, poliomielite, coqueluche e tétano), não foram detectados casos no último ano.

No que se refere a profilaxia da raiva, as notificações de agressões ocupam o primeiro lugar dentre todas as notificações. O município não dispõe de serviço de captura de animais, nem conta com um centro de zoonoses.

Dentre as doenças crônicas, a hipertensão arterial (ou doenças correlatas) contribuiu significativamente na mortalidade local. O município está tentando implantar programas específicos para hipertensos e também para diabéticos, mas até o momento não conseguiu, atendendo-se estes pacientes juntamente com a demanda dos serviços.

A cobertura vacinal no município, na faixa etária menor de 1 ano, para Sabin, DPT, sarampo e BCG-ID atinge 100% e até ultrapassa esta taxa.

Na faixa etária de 1 a 4 anos tal fato não acontece, apresentando uma cobertura muito baixa.

Supõe-se que nos menores de 1 ano, a população do censo possa estar subestimada. Outro fator a considerar é o registro de doses aplicadas (registra-se além do aplicado) e também vacinação em crianças de outros municípios.

Na faixa etária de 1 a 4 anos e demais podemos dizer que a cobertura diminuiu pelo fato de ser mais difícil o comparecimento da criança nos Centros de Saúde após 1 ano de idade. Sugere-se especial atenção nestas faixas etárias e intensificação na convocação de faltosos, já que isto pode refletir mais tarde na ocorrência de doenças preveníveis por vacinação.

As autoridades políticas em Porto Feliz, juntamente com os profissionais da área da saúde e usuários, ainda não estão preocupados com a qualidade de atendimento, mas com o atendimento da demanda; os aspectos epidemiológicos locais não foram contemplados até o momento na execução do planejamento de serviços e ações referentes à saúde.



Esta prática vem se verificando na maior parte dos municípios, que agora estão municipalizando a saúde, pois o que ocorreu na realidade foi apenas a transferência dos serviços ao município, sem qualificação e melhoria do técnico-administrativo do nível estadual ou federal.

## 6.12 SAÚDE BUCAL

### ESTRUTURA

A equipe de Saúde Bucal da Diretoria Municipal de Saúde de Porto Feliz possui uma coordenadora que concentra funções de gerência e controle (de pessoal, equipamento e materiais) e 10 cirurgiões dentistas distribuídos nas unidades básicas e escolas.

O pessoal auxiliar nas unidades é composto por funcionários (atendente de enfermagem, merendeiras, faxineiras) sem formação específica na área e que são treinados em serviço pelos próprios cirurgiões-dentistas. Os dentistas que atendem nas escolas da rede não contam com pessoal auxiliar.

Com relação a Recursos Humanos, a contratação só é realizada mediante concurso público, não existe um plano de cargos e carreiras até o momento e não há também cursos de capacitação e reciclagem direcionados para o pessoal da rede municipal.

A carga horária dos Cirurgiões Dentistas é de 20 horas semanais ou seja um único período diário de trabalho e do pessoal auxiliar é de 40 horas.

### SISTEMA DE TRABALHO E ATENDIMENTO

As instalações dos consultórios dentários são do tipo tradicional sendo consideradas favoráveis ao desenvolvimento do trabalho à quatro mãos, embora não seja adotado esse tipo de conduta. Existem consultórios ociosos nas escolas pois esses são ativados apenas num período ficando no outro, sem atendimento.

A manutenção dos equipamentos é feita por um técnico que presta serviço para a Prefeitura, realizando visitas mensais para manutenção ou atendimentos eventuais quando solicitado.

A aquisição de materiais de consumo é feita pela coordenadora mediante cota mensal negociada diretamente com o diretor de saúde, com o intuito de reposição de estoque de cada unidade. A coordenação desconhece o percentual do Orçamento da Prefeitura que é destinado especificamente à Saúde Bucal.

O sistema de atendimento segue uma linha de orientação para todos os cirurgiões-dentistas das várias unidades. Atualmente priorizam o atendimento às crianças e os adultos são atendidos a nível de emergência. O programa de atendimento está totalmente voltado para a parte curativa. Não existe programa preventivo-educativo, no entanto, intencionam implantá-lo a partir de 1994.

Relatam que diversos programas implantados anteriormente foram interrompidos devido a mudanças nos últimos 5 anos de vários diretores de saúde.

O serviço de saúde do município conta com um especialista em cirurgia Buco-Maxilo-facial que presta atendimento no Centro de Saúde "Manduquinha" 3 vezes por semana e mais 2 vezes por semana na Santa Casa. Outras especialidades são referenciadas para Sorocaba.

Foi constatada demanda reprimida e baixa produtividade quando se considerou o número de profissionais de rede e as instalações físicas disponíveis.

O agendamento é feito pela auxiliar do dentista independente do agendamento central da unidade.

Quanto ao sistema de informação existe uma estatística quantitativa por procedimento a nível da diretoria. Não existe um controle de tratamentos completados nos Centros

de Saúde. O arquivo das fichas clínicas é independente, não estando incluído no prontuário do paciente.

#### ÁGUA FLUORETADA

Porto Feliz conta com água fluoretada há mais de 10 anos, desde Junho de 1981, quando foi adicionado ácido fluorsilícico à 20% de concentração. A água é coletada mensalmente em 11 pontos para controle do teor de flúor, sendo enviado para APCD de Itua (Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas), com destino final para Piracicaba para análise. Há também 2 poços artesianos no município, sendo que um deles contém flúor natural, também estão submetidos a esse controle.

A concentração registrada nessas análises tem variado entre 0,8 a 1,0 p.p.m. de flúor.

#### SUGESTÕES

A estrutura da Odontologia em termos de capacidade física, equipamento, recursos humanos, está relativamente adequada, de modo que se poderia dar uma cobertura maior à população, através da otimização dos serviços.

Atualmente verifica-se uma baixa produtividade e resolutividade do serviço odontológico, gerando uma demanda reprimida que nos foi justificada pelo fato de se atender adultos que requerem atendimento mais complexos e pelo número excessivo de faltas dos mesmos e de crianças provenientes da zona rural.

Algumas soluções para esses problemas seriam a priorização de um grupo de atendimento e o estabelecimento de regra que limitasse o número de faltas.

Outra solução seria a formação de pessoal auxiliar no sentido de se introduzir o trabalho à 4 mãos, o que contribuiria no aumento de produtividade.

Outro fator de relevante importância é a introdução imediata de programas preventivos e educativos, inclusive retomando os bochechos fluoretados, que foram interrompidos

no Município. Vale lembrar que esse método preventivo é considerado de fácil aplicação, apresenta um custo reduzido e sua eficácia está cientificamente comprovada. Os bochechos trariam um grande benefício ao Município, pois seria um método (associativo adicional) significativo no controle da cárie dental, já que existe a fluoretação da água de abastecimento.

Foi possível observar que a cidade não possui um único levantamento epidemiológico de cárie desde que foi fluoretada a água de abastecimento. Sugerimos que antes de se instituir qualquer programa preventivo, seja realizado um levantamento epidemiológico da cárie seguindo padrões estatísticos de amostragem, para que se possa inferir os resultados para o Município e compará-los com dados de levantamentos futuros.

Para que haja um maior entrosamento entre profissionais e coordenação sobre assuntos que dizem respeito ao desenvolvimento dos programas e atividades, seria interessante que fossem realizadas reuniões mensais, cursos de atualização e de reciclagem profissionais.

O coordenador de Saúde Bucal deveria ter acesso ao Plano Diretor e inclusive participar de sua elaboração no que diz respeito à política de saúde bucal relacionando prioridades, com a finalidade de estabelecer diretrizes e metas, para que sejam definidos percentuais do Orçamento destinado à saúde bucal para o desenvolvimento de um programa odontológico exequível.

## 7. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Serão apresentados os resultados dos questionários aplicados aos dirigentes (anexo II) funcionários (anexo III) e usuários (anexo IV), respectivamente.

### 7.1 DIRIGENTES

#### DESCENTRALIZAÇÃO E MUNICIPALIZAÇÃO

**1- Os serviços de saúde estaduais e ou federais existentes no Município foram municipalizados? Em caso afirmativo, indicar quando.**

De acordo com a entrevista, sim foram todos municipalizados no período de 6 anos, em sua maioria e a minoria em 2 anos.

**1.1- Como está se resolvendo a questão dos Recursos Humanos?**

O Município complementa o salário dos funcionários do Estado a fim de manter isonomia entre estes e os do Município, uma vez que "o Estado entregou e abandonou os funcionários na Prefeitura".

**1.2- Do equipamento?**

Melhorou, na época da Municipalização foram repassadas verbas pelo Governo Estadual para aquisição de equipamento e construção de novas unidades. Foram estabelecidos convênios -SUS com Santa Casa, Hospital Dr Bezerra de Menezes e laboratórios.

**1.3- Materiais de consumo? (vacinas e medicamentos) requisição e aquisição.**

Melhorou e agilizou a aquisição. O ERSA repassa verba para o município, mas a Prefeitura compra praticamente todo o material. Há envio, por parte do ERSA, de vacinas e alguns medicamentos.

2-Os serviços de apoio para diagnóstico e terapêutica foram municipalizados?

Segundo a maioria dos entrevistados, os SADT não foram municipalizados. Existe convênio SUS com laboratórios, excetuando-se RX que é do Município.

3-Sabe qual é o relacionamento do poder municipal com os serviços privados existentes no Município? Em termos de:

**3.1-contratação;**

A maioria dos entrevistados não sabe, mas há referência de um entrevistado à respeito de convênio com a Santa Casa e Laboratório.

**3.2-Controle;**

A maioria não sabe, mas houve respostas de que o Município faz o controle através da quota (número de atendimento pelo SUS).

**3.3-Avaliação;**

Não souberam responder.

4-Tem conhecimento sobre a estrutura do poder executivo municipal para o setor da saúde? (organograma)

A maioria não conhece. Somente os dirigentes de nível central tem conhecimento.

5.-Que relações existem atualmente entre o Município, a Secretaria Estadual de Saúde e o Ministério da Saúde quanto a:

**5.1-Comando;**

A maioria dos entrevistados não sabe. Houve respostas que mencionaram a subordinação da diretoria de saúde aos dirigentes do ERSA.

**5.2-Cooperação técnica;**

A maioria refere que não existe e outros não sabem informar.

### 5.3-Cooperação financeira;

A maioria não sabe, mas alguns referem que é insuficiente. Há repasse de verba do ERSA para Vigilância Sanitária e Epidemiológica.

#### FINANCIAMENTO

**1-Quais as fontes de financiamento do setor saúde no Município?**

As respostas foram variadas, englobando verbas do ERSA, Prefeitura e Governo Federal e um entrevistado respondeu que a fonte é o Fundo Estadual de Saúde, repasse do ERSA e que o Município entra como restante da verba.

**2-Qual é a evolução histórica dos Orçamentos nos últimos 10 anos?**

Nenhum dos entrevistados soube responder.

**3-Qual é a estimativa do Orçamento (do Município) 1993 em percentual?**

Somente o diretor de saúde respondeu essa questão, informando que a estimativa é de 25%.

**4.-Como são feitos os repasses? (Estadual, Federal e Municipal)**

Metade dos entrevistados não soube informar e os restantes informaram que ocorre de forma direta (da União para o Município) através da apresentação dos boletins de produção.

**5- Que tipos de estrangulamentos existem no processo?**

A maioria não soube responder e os que responderam disseram que o repase é pequeno ou insuficiente.

**6-Existe algum Fundo Municipal de Saúde?**

A maioria disse que não. Só houve uma resposta afirmativa dizendo que o mesmo existe só no papel.

**6.1-Como é composto?**

Não houve resposta.

### 6.2-Quem é o gestor?

Somente um entrevistado respondeu e disse que deveria ser o Conselho Municipal de Saúde.

1-Existe Conselho Municipal de Saúde? Em caso afirmativo, como funciona? (é atuante? indicar o caráter deliberativo ou consultivo)

As respostas foram afirmativas e unânimes na informação de que o mesmo não é atuante.

### 2-Qual é a composição?

Alguns não sabem qual é a composição e outros informaram composições diversificadas: representantes de cada conselho comunitário, sete pessoas, 23 membros (entidades de bairros e sindicais, legislativo, executivo, representantes dos serviços de saúde).

3-Existem outros foruns de participação (conselhos populares, comissões de saúde) Quais?

As respostas foram variadas: conselho de bairro; conselhos populares das UBSs; entidades de classe.

Houve uma resposta informando que existem associações de bairro e que na realidade são voltadas ao lazer.

### 3.1-Sua composição.

Representantes da população e funcionários.

## ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO SISTEMA E SERVIÇOS DE SAÚDE

1-Existe ou está em curso o processo de regionalização/distritalização no Município? (descrever o processo)

Alguns não sabem. Outros disseram que pertence à Regional de Sorocaba e um entrevistado disse que 9,5% do atendimento é regionalizado com limitação de área de abrangência.



**1.1-Em caso afirmativo qual é o papel/competência do nível regional?**

Atender ao que foge da capacidade do município e propiciar treinamentos e reciclagem. Houve uma resposta informando falta de apoio da Regional ao Município

**1.2-E distrital?**

Não houve resposta

**1.3-Qual é o grau de autonomia administrativa-financeira e técnica do nível Regional?**

Somente o Diretor de saúde respondeu que as informações e decisões são transmitidas do ERSa para o Município, não havendo espaço para negociação. As demais não opinaram a respeito

**1.4-Conhece a estrutura de nível regional? (organograma)**

A maioria desconhece.

**2-Existe processo de territorialização com definição de área de abrangência, de influência para a unidade básica de saúde?**

Todos os entrevistados responderam que existe e informaram haver uma delimitação de áreas da zona rural e urbana para cada unidade de saúde.

Existe definição de área de abrangência parcial para odontologia e clínica geral e a área de influência para os hospitais são os municípios de Boituva e Rafar. Essa definição de área de abrangência não leva em consideração os aspectos epidemiológicos ou condição sócio-econômica da população.

**3-Qual é o grau de integração entre os serviços (ambulatorial, hospitalar e de apoio ao diagnóstico) públicos e privados? (existe cooperação mútua?)**

Metade dos indivíduos entrevistados disseram que é boa e há cooperação mútua e os demais, que não há integração.

### 3.1-Como se faz a referência e contra-referência?

Disseram que a contra-referência não é efetuada, com a exceção de alguns médicos que a realizam. "As pessoas que se apropriam dos doentes, não devolvem". A referência é sempre realizada.

### 3.2-É a hierarquização de ações?

A maioria respondeu que há hierarquização mas não soube informar como ocorre.

## ACESSIBILIDADE

### 1-Qual é a porta de entrada do usuário?

As respostas mais frequentes apontam os Centros de Saúde como porta de entrada, além do pronto socorro (Santa Casa).

### 2-Qual é o horário de funcionamento dos serviços?

Os centros de saúde funcionam das 7:00 às 17:00 horas.

O serviço de urgência e emergência da Santa Casa funciona ininterruptamente.

### 3-Existe algum tipo de barreira? (geográfica, cultural, econômica)

Alguns relataram que o acesso aos serviços de saúde é prejudicado pela distância, principalmente para os habitantes da zona rural. Outros mencionaram a dificuldade em pagar transporte, consulta, exames e adquirir medicamentos.

### 4-Gratuidade de atendimento

Houve divergências nas respostas. Alguns afirmaram que há gratuidade total no atendimento enquanto outros disseram que é parcial, pois a Santa Casa cobra consultas de pacientes previamente triados pela assistente social da prefeitura para as especialidades. No caso de internação do paciente pelo SUS há a possibilidade de efetuar a mesma em regime semi-particular.

**5-Outras modalidades assistenciais existentes além do SUS (seguro saúde, cooperativa)**

Os entrevistados citaram os sindicatos rural e da indústria de alimentos, ambulatório rural da fazenda Capuava, cooperativa dos plantadores de cana, e convênios com a UNIMED.

#### **RESOLUTIVIDADE**

**1-Existe demanda reprimida?**

A maioria disse que existe demanda reprimida.

**2- Após agendamento de consultas, qual é o tempo de espera para ser atendido? Quando há solicitação de exames, qual é o tempo de espera para ser atendido?**

De acordo com os entrevistados, o período de espera para consulta é de 1 a 15 dias, em média, podendo prolongar dependendo da especialidade. Para urgência não há espera. Para os exames o período de espera é mais reduzido e varia de um dia a uma semana.

**3-Existe dispensação de medicamentos? É suficiente? Qual é o critério para dispensação?**

A maioria dos entrevistados, respondeu que existe a dispensação de medicamentos, mas que não é suficiente. O critério para dispensação baseia-se na situação sócio-econômica, (até 2 salários mínimos).

**4-Quem fornece os medicamentos? (órgão)**

O ERSA encaminha os medicamentos para T.B. e Mal de Hansen (CEME e FURP). O restante é adquirido pela Prefeitura de fornecedores particulares. A Santa Casa compra medicamentos.

**5-Como funciona o serviço de urgência/emergência?**

Os entrevistados apontam que é a Santa Casa quem realiza atendimento de urgência/emergência, para problemas de gastroenterologia, cardiovasculares e de ortopedia. Funciona ainda em plantão 24 horas o banco de sangue, serviço de radiologia e exames.

**6-Qual é o grau de resolutividade?**

Os entrevistados, de uma maneira geral, acreditam que os serviços de urgência/emergência atendem as necessidades do Porto Feliz quanto aos problemas imediatos.

**INTEGRALIDADE**

**7-Como acontece a integralidade de assistência (promoção, proteção e recuperação de saúde) do ponto de vista da gestão e do processo de planejamento?**

A maioria não sabe como ocorre a integralidade de assistência. Somente um entrevistado respondeu a questão, afirmando que existe a universalidade e que a integralidade é garantida, na medida do possível, dependendo dos recursos disponíveis (principalmente dos profissionais).

**8-As unidades tem condições (R.H., material, equipamento, programas, planejamento, orçamento próprio, etc) de atender a essa diretriz?**

De uma maneira geral, mencionam a falta de recursos humanos, principalmente enfermeiras, pediatras e clínico-geral.

**MODELO ASSISTENCIAL - PLANEJAMENTO**

**1-Existe articulação intersetorial? Em caso afirmativo, como ela acontece?**

A maioria referiu que não há articulação intersetorial de maneira formal. Há integração mínima nas campanhas de vacinação e de uma diretoria com outra.

**2-Onde são planejadas as ações de saúde no Município?**

As ações de saúde no Município são planejadas pela diretoria de saúde juntamente com vigilância sanitária, epidemiológica e outras diretorias. Não há interferência do ERSA.

2.1- Qual é a participação das unidades básicas no processo? Estas unidades participam de reuniões a nível central?

Os dirigentes da UBS disseram que não participam das decisões, apenas são comunicados. Porém, o diretor de saúde disse que há participação da chefe das UBS e assistentes sociais.

2.2- E qual é participação popular?

Afirmaram que não há e um entrevistado disse que deveria haver mas "acham que o conselho comunitário é para reclamar do atendimento e vigiar horário dos médicos".

3- Onde e quem faz o planejamento de investimentos (ampliação, reformas) da rede de saúde? E o orçamento de custeio da rede de serviços?

O planejamento é feito pela Prefeitura e diretoria de saúde. O orçamento de custeio é realizado principalmente pela Prefeitura com a participação da diretoria.

4- Existe Plano Municipal de Saúde? Em caso afirmativo, qual a relação entre o planejado e o executado?

A maioria desconhece. Um entrevistado disse que existe e que o planejado não condiz com as necessidades e outro disse que existe o de 1991.

5- Em que nível se dá a eleição de prioridades na alocação de recursos, isto é, como é a sistemática de planejamento?

Os entrevistados disseram que a eleição de prioridades é realizada a nível de Prefeitura e diretoria de saúde e o planejamento não é feito de acordo com as necessidades da população. Um entrevistado referiu que não há disposição política por parte do município para priorizar ações.

## SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE

### 1-Quais são os dados estatísticos coletados?

De acordo com os entrevistados, são coletados os dados de produção como consultas médicas, vacinação, atendimento básico e, doenças de notificação compulsória.

#### 1.1-Qual é a fonte destes dados? Onde é feita a análise?

Os dados são provenientes das UBSs através das fichas de atendimento do hospital.

A análise é feita pela Vigilância epidemiológica e diretoria de saúde.

#### 1.2-Quais os fluxos seguidos pelos dados?

Os dados são encaminhados para a diretoria de saúde e ERSA.

#### 1.3-Qual é a utilização da informação estatística disponível a nível local?

Para a maioria dos dirigentes não são utilizados, e alguns afirmaram que servem para produção e fornecer recursos.

#### 1.4-Existe um sistema de informação informatizado?

Os entrevistados disseram que existe na Prefeitura.

## RECURSOS HUMANOS

### 1-Qual é a política de recursos humanos referente a:

#### 1.1-Capacitação;

De acordo com os entrevistados não existe de forma sistemática. Ocorre curso para auxiliares de enfermagem eventualmente, mediante necessidade. A diretoria colabora facilitando a ida de profissionais para outros municípios (dispensa de trabalho).

#### 1.2-Reciclagem;

A maioria respondeu que não existe e somente um entrevistado comentou que há treinamento para auxiliares de enfermagem.

### 1.3-Plano de cargos;

A maioria afirmou que não existe mas o diretor de saúde informou que está em andamento um plano a nível da prefeitura, não específico à saúde.

### 2-O quadro de recursos humanos é suficiente?

Segundo os entrevistados, não há política de recursos humanos e o quadro que existe é insuficiente, faltam médicos, enfermeiros e assistentes sociais.

### 3-Existem algum ponto de estrangulamento no processo?

Em caso afirmativo, quais?

As respostas foram diversas, desde a falta de organização, problemas salariais, reconhecimento de profissionais, falta de verba para Santa Casa devido ao número excessivo de centros de saúde, até o aspecto político reconhecendo que a saúde pública no Brasil está em plano secundário.

## 7.2- FUNCIONÁRIOS

1- Na sua opinião, como se encontra o serviço de saúde no Município?

A maioria dos entrevistados referiu-se a melhora dos serviços de saúde após a centralização das especialidades num único Centro de Saúde e a criação de novos Centros de Saúde.

Dentre aqueles que opinaram que os serviços vão mal, explicam que a Saúde necessita de mais recursos (materiais, humanos e financeiros e os atendimentos deveriam ter mais resolutividade.)

2-Você já ouviu falar da municipalização dos serviços de saúde? Em caso afirmativo, o que sabe a respeito?

A quase totalidade dos entrevistados já ouviu falar da municipalização e compreendem que: "Antes o Estado é quem governava a saúde e agora é o Município".

"Antigamente era o Governo Federal quem tomava conta, hoje é a Prefeitura".

"... a verba que vem do Governo para o Município para ser distribuída no local".

**3-Na sua opinião, como o município vem contribuindo para melhorar os serviços de saúde?**

Na opinião dos entrevistados, o Município contribui construindo Centros de Saúde para facilitar o acesso da população

- Melhorando o funcionamento dos hospitais;
- Aumentando o número de funcionários, médicos e enfermeiros;
- Fornecendo medicamentos para a população;

**4-Qual deve ser a participação do Governo Estadual e Federal na área de saúde no Município?**

Dentre as respostas, o nível Federal e Estadual deveria enviar verbas, repassar verbas, com maior rapidez para pagamento do pessoal, compras de equipamentos e auxiliar os hospitais que estão fechando. Entretanto houve um funcionário que não soube responder à questão.

**5-Qual é a procedência da população que chega a esta unidade? Por que procura esta unidade e não outra?**

Os funcionários que trabalham em Centros de Saúde responderam que a população atendida pelo serviço é procedente de bairros e zona rural próximos à unidade, excetuando-se o Centro de Saúde de Manduquinha, onde pessoas atendidas provêm de todo o Município, pois é referência para especialidades

Os pacientes atendidos nos hospitais também provêm de todo o Município, pois são referências para urgências e emergências, maternidade e especialidades e unidade de internação. O motivo pelo qual a população procura determinado serviço é explicado:

- Pela proximidade da residência;
- Pela qualidade de atendimento;
- Por ser o único serviço de saúde no local;
- Por atender urgências;
- Por ser maternidade.



6-Na sua opinião, a população encontra algumas dificuldades para ser atendida no serviço de saúde local? Em caso afirmativo, quais?

Entre as dificuldades encontradas pela população para ser atendida na unidade, são citados:

-A redução do tempo de atendimento médico; "O médico deve atender 4 horas e não 2".

-A limitação de consultas médicas. "atender 16 consultas por dia em 2 horas."

-A insuficiência do atendimento oferecido à população, somente consultas médicas uma vez por semana com a duração de 2 horas.

7-Depois que o paciente marca a consulta, quanto tempo leva para ser atendido?

Os pacientes levam de 1 a 4 dias para serem atendidos, e isso dependendo da unidade e do médico desejado.

As consultas com os médicos especialistas demoram mais, chegando a levar de 15 a 30 dias para ser atendido.

8-Ao ser atendido o paciente, efetua algum pagamento para consulta ou exames complementares?

Para a maioria dos inqueridos, o paciente não realiza pagamento de qualquer procedimento, mas houve referências a uma triagem que a assistente social da Prefeitura realiza para consultas com especialidades e exames (RX e ultrassom) existentes na Santa Casa. Dependendo dos critérios estabelecidos a pessoa efetua pagamento do procedimento.

"mesmo que precise de ultrassom, mas é casada, tem 2 filhos e a renda familiar é de 2 salários mínimos, tem que pagar".

9-Numa situação de emergência e ou urgência, qual ou quais os locais em que a população é atendida?

Todos citaram a Santa Casa, mas duas pessoas citaram também o Hospital Bezerra de Menezes e a regional Sorocaba.

10-Você sabe onde se tomam as decisões para planejar, organizar e dirigir os serviços de saúde? Em caso afirmativo, de que forma é feito?

A maioria citou a Diretoria de Saúde, embora alguns citaram também a Prefeitura.

11-Existe algum movimento ou outra forma de participação popular para conseguir atendimento das suas necessidades? Se existe, sabe o que faz? Quem participa? (composição)

A quase totalidade respondeu que não existe associação de moradores. Dois funcionários disseram que existe movimento de participação popular. Dos que responderam que existe, nenhum participou do movimento popular.

Quanto à composição, citaram: funcionários, chefes do posto, diretor de saúde e moradores do município.

12-Você já ouviu falar em Conselho Municipal de Saúde? Em caso afirmativo, sabe o que faz?

Somente um entrevistado ouviu falar em Conselho Municipal de Saúde e informou que o Conselho "não faz nada".

13-Como é que esta unidade resolve o encaminhamento de pacientes para outras especialidades (laboratórios, outros médicos) que não existem aqui?

A maioria respondeu que é feito o encaminhamento através da guia de referência, uma pessoa citou também SADT e outra comentou que o encaminhamento é resolvido pela assistente social.

14-O profissional ou a unidade para a qual o paciente está sendo encaminhado retorna com informação com relação ao atendimento que foi realizado para sua unidade de origem?

Alguns referiram que o paciente retorna com informação dos procedimentos realizados para a unidade de origem. Outros disseram que não há retorno de informações e quando ocorre está vinculado exclusivamente ao interesse do médico em fazê-lo.

15-O doente é informado sobre suas condições de saúde?

A grande maioria afirmou receber informações sobre suas condições de saúde, mas alguns colocaram: "Nem todos os médicos informam".

16-Há alguma sugestão que você deseja fazer em relação a essa unidade?

Foi sugerido:

- O aumento do número de funcionários e médicos especialistas (otorrino, oftalmo, e gastro);
- Trabalhar por programa (adulto, hipertensão e diabetes);
- Melhorar o atendimento a todos os pacientes indiscriminadamente e cobrar mais profissionalismo dos médicos;
- Atender todas as especialidades, pois a divisão de atendimentos entre os hospitais não estimula a concorrência;
- "ativar essa unidade (zona rural) ou desativá-la totalmente".

Alguns funcionários não quiseram fazer nenhuma sugestão à unidade na qual trabalham.

### 7.3 USUÁRIOS

1-Na sua opinião, como se encontra o serviço de saúde no Município?

A opinião dos usuários varia de uma unidade para outra de acordo com as necessidades de cada um. Muitos reclamaram que falta médico e da demora tanto para agendamento quanto para ser atendido no dia da consulta.

O problema se agrava para o meio rural, onde estes usuários gastam um dia inteiro para ser atendidos. Muitos usuários consideram o atendimento médico bom, mas há referências a profissionais, tanto médicos quanto outras categorias que atendem até com brutalidade".

Consideram o atendimento de urgência garantido. Um usuário foi enfático com relação à Santa Casa, quando citou: "a

Santa Casa só atende urgência a não ser que a pessoa pague. Quem não tem dinheiro morre".

Foi citado com relação ao Bezerra de Menezes a ausência do médico plantonista no local.

2-Você já ouviu falar da municipalização dos serviços de saúde? Em caso afirmativo, o que sabe a respeito?

Quase a totalidade de usuários não sabe o que é a Municipalização. Os poucos que já ouviram falar não sabem do que se trata e apenas um respondeu o seguinte: "refere-se à verba que vem para Porto Feliz e é administrado pelo Prefeito e pela comunidade."

3-Na sua opinião, como o Município vem contribuindo para melhorar o serviço de saúde?

Alguns poucos usuários não têm conhecimento para emitir opinião a respeito de como o Município vem contribuindo para melhorar o serviço de saúde. Para a maioria existe a contribuição, porém não é suficiente, pois foram citados os vários níveis de dificuldade para resolver seus problemas de saúde.

4-Qual deve ser a participação do Governo Estadual e Federal na área de Saúde do Município?

Alguns usuários desconhecem da participação ou não do Governo Federal e Estadual na área de saúde. Vários acham que deve ser uma participação financeira e os demais se dividem entre fiscalização da qualidade, envio de medicamentos e que a garantia do melhor atendimento está ligado ao nível estadual e federal.

5-Essa unidade de Saúde é a mais próxima da sua casa? Por que a procura?

A grande maioria dos usuários utiliza a unidade sanitária mais próxima da residência. Apenas no Centro de Saúde de Manduquinha o fato não ocorre pela razão de ser

ambulatório. Outro aspecto que leva a não utilização da unidade mais próxima da residência se relaciona com área de especialização.

6-Você conhece algum programa de atendimento à saúde dessa unidade? (saúde da criança, saúde do adulto, saúde bucal)

A grande maioria desconhece programas de atendimento nas unidades sanitárias. Apenas 2 usuários referiram programa de atendimento aos diabéticos..

7-Você conhece o tipo de atendimento que os serviços de saúde do Município pode lhe oferecer? Em caso afirmativo, quais?

Entre os que responderam afirmativamente sobre conhecimento do tipo de atendimento que o município pode oferecer, referiram-se basicamente às especialidades e à Santa Casa enquanto atendimento de urgência. Apenas um citou um programa, diabetes. Uns poucos citaram serviços de psicologia. Ressaltamos que um pouco mais da metade de entrevistados responderam não conhecer os tipos de serviços.

8-Na sua opinião, a população encontra alguma dificuldade para ser atendida no serviço de saúde local? Em caso afirmativo, quais?

A grande maioria percebe dificuldades para conseguir atendimento. Estas dificuldades referem-se a falhas no agendamento, levando a:

- dificuldade de conseguir vaga;
- necessidade de chegar às 5 horas para marcar a consulta;
- agendamento para muito distante;
- falta de vagas para consulta do dia;
- falta de informação na recepção;
- dificuldade dobrada para moradores da zona rural.

9-O que você deve fazer para se inscrever nessa unidade?

A totalidade dos usuários entrevistados sabe que é necessário apresentar um documento de identidade. Mais da metade cita ser necessário comprovante de residência.

10-Depois de marcar sua consulta, quanto tempo você leva para ser atendido?

Quanto ao tempo de espera para atendimento após marcação da consulta, as respostas variam de 1 dia até 20 no máximo.

11-Quando você não consegue ser atendido nesta unidade, para onde você é orientado a ir?

A maioria das citações referem o encaminhamento para a Santa Casa. Dependendo do caso, são encaminhados para Hospital Regional de Sorocaba, UNICAMP e Hospital das Clínicas.

12-Quando você é atendido, é realizado algum tipo de pagamento para consulta ou exames complementares?

Para a grande maioria não há pagamento, mas houve referência a pagamento de RX, determinados exames (dependendo da necessidade de rapidez no resultado) e cobrança de consulta na Santa Casa.

13-Numa situação de urgência e ou emergência, qual ou quais os locais em que você é atendido?

A maioria citou a Santa Casa como local para atendimento das urgências ou emergências. Alguns citaram a regional de Sorocaba ou UNICAMP e um se referiu ao Centro de Saúde II e outro se referiu apenas ao atendimento particular para casos de urgência e emergência.

14-Você sabe onde tomam as decisões para planejar, organizar e dirigir os serviços de saúde no Município? Em caso afirmativo, de que forma é feito?

A maioria não sabe onde se tomam as decisões para planejar, organizar e dirigir os serviços de saúde do Município. E os que opinaram que sabem, disseram que é feito

na diretoria de saúde, câmara de vereadores e Deputados, com assistente social ou na própria unidade de saúde através de reuniões onde a população é avisada.

**15-Como a população procura resolver seus problemas de saúde? (moradia, água, esgoto, trabalho, educação).**

Sobre como a população procura resolver seus problemas de saúde, houve respostas variadas que destacam-se as seguintes:

- não sabem;
- na prefeitura,
- individualmente;
- reclamar no Centro de Saúde ou para o fiscal;
- junto aos "Amigos do Bairro das Casas Populares" que é um movimento iniciado há pouco tempo;
- "Não existe forma de organização da população para tentar resolver seus problemas".

**16-Existe algum movimento ou outra forma de participação popular para conseguir atendimento dessas necessidades? Se existe, você já participou de algum? Quem participa?**

A maioria respondeu que não existe movimento ou alguma forma de participação popular com vista à resolução das questões da saúde do povo. Dos que responderam que existe, não participaram de nenhum movimento popular. E apenas um usuário respondeu que quem participa "é o povo".

**17-Você já ouviu falar em Conselho Municipal de Saúde? Em caso afirmativo, sabe o que faz?**

A maioria não ouviu falar de Conselho Municipal de Saúde. Somente um usuário respondeu que o Conselho Municipal verifica o que está faltando. Os demais não conhecem a função do Conselho.

**18-Há alguma sugestão que você deseja fazer em relação a essa unidade?**

Com vista à melhoria das condições de atendimento, os usuários entrevistados sugeriram:

- aumentar o número de médicos e consultas;
- melhorar atendimento;
- os profissionais de saúde deveriam fornecer informações sobre a saúde do paciente.
- o retorno da Farmácia para as unidades Sanitárias;
- acabar com triagem realizada pela assistente social para conseguir medicamento;
- diminuir o tempo para receber resultados de exames (papanicolau);
- colocar um neurologista no Município;
- maior rapidez no serviço de RX;
- facilitar o horário de atendimento para quem mora na zona rural;
- diminuir o tempo de espera para atendimento da Santa Casa;
- conseguir atendimento no mesmo dia;
- "maior atenção no serviço, considerar os problemas de saúde apresentados pelas pessoas".

19-Quando você é encaminhado para outros atendimentos que não existem nesta unidade, para onde vai? Qual ou quais documentos leva?

Os entrevistados responderam que são encaminhados para:

- Centro de Saúde de Manduquinha;
- Santa Casa;
- Assistente Social da Diretoria de Saúde;
- Sorocaba e Campinas.

A maioria não leva prontuário, levam guia de referência ou carta de encaminhamento.

20-O profissional ou unidade para a qual você é encaminhado, comunica sua unidade de origem sobre seu tratamento? Em caso afirmativo, como?

Com relação à contra-referência, a maioria respondeu que não há retorno de informação para a unidade de origem. Porém, dos que afirmaram que existe contra-referência a mesma ocorre através de um relatório, carta, guia ou telefone.



## 7.4 CONSELHOS COMUNITÁRIOS

### CONTROLE SOCIAL

Encontrou-se neste campo aspectos que certamente contribuem para o entendimento do processo de municipalização em Porto Feliz.

Juntamente com o financiamento, o controle social determina, de certo modo, os caminhos e o modelo de municipalização a ser seguido por uma comunidade.

Relatamos a seguir os dois segmentos representativos da participação popular local.

-O assentamento de terra - CAIC segundo relatos de membros da diretoria da associação de moradores.

"...o pessoal da cidade tinha medo da gente, achavam que a gente era comunista, bandido, marginal, agora melhorou."

Esta foi uma das frases que deu início à conversa que relatou a experiência do assentamento. Disseram que o fato de conquistar um pedaço de terra é algo que assusta. Esta cidade tem sua história ligada às Monções, ao desbravamento e todo o peso desta tradição influi na maneira das pessoas pensarem e agirem.

O grupo deste assentamento, com famílias oriundas de diversos estados, concentrou-se na região de Campinas através de movimentos dos Sem Terra e, há 9 anos fixaram-se nesta área.

É uma área de 450 alqueires que pertencia ao Horto Florestal do Estado e foi doada a estas famílias, e cada família recebeu 3,5 alqueires sob a condição de não vendê-los e se fixarem na terra.

Neste processo, todas as lutas sempre foram coletivas, desde a legalização da terra, reivindicação por água, luz, transporte, escola e posto de saúde até mais recentemente os financiamentos para equipamentos, irrigação e demais implementos agrícolas.

Atualmente por necessidade de melhor racionalizar o uso

de equipamentos comuns, dividiram-se em pequenos grupos de 6 a 12 famílias utilizando comunitariamente os equipamentos.

Se por um lado esta divisão facilitou o trabalho, por outro desestruturou uma proposta coletiva de ação e resolução conjunta das questões. "... agora cada um tá individualizado, não estão preocupados mais em resolver tudo junto".

Inicialmente, optaram pelo cultivo do feijão, arroz e milho. Em função dos prejuízos passaram a cultivar a banana e a mandioca que lhes garantiu melhores resultados.

Atualmente para o financiamento do projeto de irrigação há uma organização em grupos. Os resultados já se fazem sentir e na última safra chegaram a produzir 4 mil caixas de tomate. Agora estão plantando pimentão, e a estimativa de colheita é de 7 mil caixas.

O lucro desta horta comunitária é dividido entre o grupo que participou do financiamento.

Os equipamentos sociais existentes no assentamento são uma escola municipal e um posto de saúde que atende uma vez por semana por duas horas e conta com a participação de um médico, um sanitarista e um visitador sanitário. No restante da semana o posto de saúde permanece fechado.

Quanto aos equipamentos comunitários, existe um galpão por setor, (construído por vários grupos) para guardar o maquinário e o produto do plantio antes da venda. Funciona também como um ponto de venda de mercadorias. Está sendo construída uma igreja católica com participação da comunidade.

Existe uma associação com representantes de todos estes grupos ou setores e todas as conquistas se efetivam até o presente, através deste movimento. Inclusive as questões relativas a saúde. Alguns moradores tem conhecimento da municipalização no setor saúde e foram em busca de seus direitos até no ERSA da região em Sorocaba.

Não formaram um conselho específico para a saúde. Porém, as reivindicações e conquistas com relação ao posto, seu funcionamento e qualidade do atendimento são realizadas através desta associação.

#### -Os Conselhos Comunitários

Foram entrevistados membros da diretoria dos conselhos comunitários do CS Manduquinha, CS Popular e CS II. O CS Bambu não organizou até o momento, seu conselho.

Todos encontram-se em fase de reeleição, em função do término do mandato anterior que coincidiu com a mudança da administração.

O processo foi desencadeado pela própria administração que, por exigência legal, necessitava atualizar o conselho municipal. Este encontrava-se desatualizado e inoperante, pois a última ata registrada, datava do ano de 1991 ano da sua formação.

Quanto aos Conselhos Comunitários também constituídos há dois anos, compõem-se de uma diretoria com nove membros (presidente, vice-presidente, secretário, segundo secretário, tesoureiro, segundo tesoureiro e 3 suplentes). Foram eleitos por votação direta em suas respectivas comunidades. Tiveram dificuldades em viabilizar uma efetiva mobilização local para os encaminhamentos relativos aos respectivos centros de saúde.

Todos os conselhos sofreram um esvaziamento, inclusive da própria diretoria e os componentes atuaram de maneira individual atendendo às reivindicações pessoais, em alguns momentos.

O período inicial de atuação do Conselho foi mais efetivo. O próprio processo de formação dos conselhos por parte da Administração ocorreu através de reuniões locais e regionais.

Os membros do Conselho referiram ter participado de um encontro em 1992, no município de Votorantim, que reuniu

vários Conselhos da região. Tiveram oportunidade de trocar experiências e vieram com a impressão de que em outros municípios existiam diferentes graus de participação "... a situação dessas cidades é bem diferente de Porto Feliz." "... foi muito bom, tinha gente de todos os Conselhos de Porto Feliz e de outras cidades...". Não souberam informar o caráter deste encontro, se era deliberativo, preparatório para a Conferência ou simplesmente para a troca de experiências.

Uma das principais dificuldades enfrentadas pelos Conselhos foi a falta de interesse por parte da população, afirmação presente em todas entrevistas. Nenhum conseguiu juntar mais que uma ou duas dezenas de pessoas para as suas reuniões, convocadas por meio de cartazes espalhados no comércio local ou no próprio centro de saúde (não referiram convites pessoais ou terem percorrido casas, apenas o CS II referiu ter usado perua com alto falante para convidar sua comunidade).

Outra característica comum a todos os Conselhos é o fato de seus membros serem na maioria aposentados. Isto, por um lado, traz um certo conhecimento do histórico da evolução da situação da saúde no município. Portanto mesmo sem muita clareza no que implica o processo de municipalização, reconhecem uma melhora significativa em termos gerais (construção de postos, contratação de profissionais, recursos materiais). Apontam também melhoria nas condições de saneamento, principalmente esgoto.

No que diz respeito à municipalização, apresentaram vagas referências quanto à conceituação. Apenas um membro do Conselho do CS II demonstrou conhecimento mais específico, por exemplo com relação ao financiamento.

Parece que eles não têm noção da competência do Conselho, pois alguns chegam a referir que não têm direito a opinar e participar do processo decisório.

Não conseguem na realidade visualizar a forma de participação, como também desconhecem a competência das esferas Federal e Estadual. "... não sabemos como o dinheiro é repartido. Ouvimos dizer que o dinheiro se perde no caminho...". Com relação à esfera Municipal, o Conselho de um dos bairros referiu ter a impressão de que a Prefeitura não tem muita autonomia nas decisões. "... eles ficam esperando a decisão de Sorocaba e quem espera não decide...". Outro refere que "... o Prefeito e o nosso Diretor de Saúde precisam ter mais contato com o governo do Estado...".

Quando questionados sobre a prestação de serviços as respostas foram bastante variadas entre os bairros, pois são mais específicas e locais.

Basicamente referem-se a falta de médico e remédios. Informam sem questionar o fato de estar havendo cobrança de consultas na Santa Casa.

Segundo informações oficiais e atendendo as exigências legais do SUS, o Conselho Municipal de Saúde foi constituído. Entretanto, os Conselhos comunitários referiram desconhecimento do fato e disseram apenas terem participado de uma reunião onde contava com a presença de várias autoridades e alguns sindicatos.

Paralelamente, o processo de reeleição dos Conselhos comunitários está ocorrendo totalmente sem a participação da população. Os membros estão sendo convidados pelos atuais diretores, onde o critério em alguns bairros chega a ser "bom comportamento".

Desta maneira, pode-se concluir que o controle social no Município em questão, encontra-se sem condições de ser exercido de fato.

Para que se efetive qualquer nível de participação e controle social é fundamental que se tenha acesso às informações técnicas referentes aos serviços, como também a necessidade de compreensão de todo o processo.

É impossível desejar que a população seja participativa se não lhe são fornecidos instrumentos para esta participação.

## 8. ANÁLISE E CONCLUSÕES

A construção do SUS é um processo no qual as diretrizes e princípios, assumem grande complexidade, variável de acordo com a situação local, onde ocorre a sua implantação.

No município de Porto Feliz, os serviços de saúde estão diretamente subordinados à Diretoria de Saúde. Nessa diretoria são realizadas reuniões com as chefias de centros de saúde, onde são transmitidas informações e decisões recebidas do ERSA-59 (Sorocaba). Além disso, as chefias também são comunicadas a respeito das decisões negociadas diretamente com o prefeito. Quando as chefias necessitam fazer alguma solicitação para o serviço, comunicam-se diretamente com o diretor: "As informações são trazidas para a Diretoria de Saúde através de reuniões com chefias e assistentes sociais".

Com relação à administração dos serviços de saúde, a Diretoria do município, estando subordinada aos dirigentes do ERSA-59, simplesmente acata as determinações sem questioná-las, pois não consegue obter explicações a respeito das mesmas. "O nosso contato não passa do ERSA em Sorocaba. As coisas chegam aqui já determinadas, definidas e pronto". Exemplo de tal situação é o processo de repasse de verba, onde não há um critério baseado na realidade local, ferindo assim, o princípio da equidade.

Talvez, isto ocorra porque o financiamento ainda obedece uma lógica mercantilista de compra de serviços, ou seja, paga e privilegia procedimentos mais complexos de cunho médico-assistencial.

A verba repassada via ERSA geralmente é insuficiente para pagamento dos procedimentos realizados pelos municípios. Quando o número de consultas ultrapassa o limite previamente estabelecido para o município, não é efetuado pagamento

complementar. Em contrapartida, quando não se atinge o "teto", a verba é reduzida ao número de procedimentos executados. A administração local justifica a falta de força política para conseguir o pagamento desse resíduo.

Essa política de repasse gera contradições, uma vez que os municípios mais carentes muitas vezes não conseguem resolver suas necessidades básicas (por exemplo o saneamento), pois se vêm obrigados a se enquadrar na lógica do repasse que valoriza o procedimento médico curativo em detrimento das ações de promoção e proteção à saúde.

Em Porto Feliz é necessário que a Prefeitura complemente as verbas repassadas pela União para pagamento de procedimentos da rede básica, medicamentos, ações de vigilância sanitária e epidemiológica, como também para pagamento de recursos humanos. Atualmente ela destina à área da saúde 20,2% do orçamento municipal.

Há também uma deficiência no município quanto à avaliação e controle dos serviços de saúde, necessitando de uma maior cooperação técnica do ERSA.

Em relação às três esferas de governo, observa-se que a comunicação entre elas é truncada, inviabilizando a participação conjunta nos processos decisórios, fortalecendo assim a centralização. É preciso modificar essa relação, pois o processo de descentralização está implicado numa lógica de co-participação.

A administração centralizada, sem a participação da base na elaboração de programas e sistematização das ações de saúde, acaba por refletir em um atendimento caracterizado como imediato e de urgência, isto é, que satisfaça as necessidades momentâneas da população.

A inexistência de um Conselho Municipal de Saúde atuante reforça essa situação, pois não ocorre um controle social que garanta uma reformulação da política de saúde, planejamento e avaliação das ações e serviços, contribuindo assim para uma



prática democrática.

Por outro lado, a falta de um Fundo Municipal de Saúde operante, criado em 1991 (anexo IX), dificulta ainda mais a gestão participativa do conselho na administração dos recursos financeiros na área de saúde do município.

A política de saúde local é de priorizar o atendimento básico curativo e emergencial em detrimento de uma assistência preventiva e de promoção à saúde. Não há um Plano Diretor de Saúde atualizado. A ausência de sistematização de programas, de uma equipe multiprofissional, de um trabalho educativo, repercute numa assistência não integral, ou seja, fragmentada do indivíduo, afetando assim o princípio da integralidade.

Como não são utilizados dados epidemiológicos, fica comprometido ainda mais o estabelecimento de prioridades que venham a contribuir para a melhora das condições de saúde da população.

Observou-se também a baixa resolutividade do atendimento nos centros de saúde. Eles são considerados a porta de entrada do usuário no sistema, assim como o pronto socorro da Santa Casa que atende 2/3 da população e portanto, encontra-se sobrecarregado. Alguns fatores desencadeiam esse processo: a qualidade do atendimento prejudicada pelo cumprimento parcial da carga horária dos médicos nos centros de saúde (geralmente são realizadas 16 consultas numa média de 1 hora e meia), a falta de integralidade das ações e a baixa racionalização da organização dos serviços.

Os encaminhamentos são sempre referenciados, porém a contra-referência depende da vontade e disponibilidade do profissional que atende em fazê-la.

O acesso da demanda à unidade ocorre de acordo com a área de abrangência e influência. Algumas dificuldades de acesso foram detectadas: transporte (zona rural); má localização dos centros de saúde, construídos no início da

municipalização, não se adaptando às realidades atuais, e ainda barreira econômica com relação ao custo do transporte.

Para o atendimento de especialidades, o município tem como referência o Centro de Saúde Manduquinha e a Santa Casa. O acesso à Santa Casa está condicionado a uma triagem prévia realizada pelo Serviço Social das unidades e posterior encaminhamento à Diretoria de Saúde que efetua o agendamento. Essa triagem é realizada obedecendo critérios socio-econômicos (anexo XVII). As pessoas que não se enquadram no critério determinado, efetuam pagamento da consulta, saindo assim do sistema. Essa seletividade fere a Constituição Estadual que rege os princípios da Universalidade e Gratuidade.

No que se refere a distribuição de medicamentos, o ERSA fornece integralmente aos pacientes hansenianos e tuberculosos e parcialmente aos demais. A prefeitura complementa, de acordo com a necessidade, comprando de laboratórios particulares. A aquisição de medicamentos pela população, segue também o critério de triagem. A administração municipal compreende essa triagem, como uma maneira de priorizar o atendimento da população mais carente. Entretanto, acaba ocorrendo um impedimento do acesso ao sistema de saúde, promovido por esta mesma administração. Além de ferir a lei e conter uma séria contradição, esta prática deturpa a função do profissional Assistente Social, transformando-o em "mero triador".

Alguns profissionais que trabalham no setor saúde, consideram a rede municipal ociosa, sobrecarregando a Santa Casa, e conseqüentemente reduzindo consultas e exames mais complexos, pois consideram a verba vinda do SUS insuficiente para cubrir tais procedimentos. Porém, a ociosidade dos centros de saúde ocorre principalmente devido à falta de otimização dos serviços e pelo não cumprimento do horário médico e não pela falta deste profissional.

Pode-se verificar que no momento não há uma política de recursos humanos implantada. Está em projeto um plano de carreira, cargos e salários, que é uma das reivindicações dos funcionários

Os funcionários estaduais estão comissionados e recebem isonomia salarial. Acredita-se que um investimento na melhor qualificação e desenvolvimento de recursos humanos poderá refletir no aperfeiçoamento do serviço. Para isso é necessário uma efetiva participação dos profissionais de saúde junto à administração, trazendo sugestões que beneficiem tanto suas carreiras quanto a própria população. É de fundamental importância a cooperação técnica e financeira do Estado para a formação, capacitação e reciclagem de pessoal.

A insatisfação da população quanto à qualidade do atendimento refere-se, tanto à questão da relação interpessoal médico-paciente quanto ao respeito, atenção e ao direito de acesso às informações.

Um dos fatores positivos observados foram as boas condições físicas e operacionais para o desenvolvimento do trabalho.

A Municipalização em Porto Feliz está ocorrendo há seis anos e, o entendimento de sua concepção parece ainda não estar suficientemente assimilado pelos vários atores sociais. Para que seja operacionalizada e gerenciada é necessário uma real transformação social, que só ocorrerá através de um amplo conhecimento e total compreensão de suas diretrizes e princípios em toda a sua complexidade.

## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Municipalização não ocorre ainda de forma plena pois o processo de descentralização do poder e autonomia administrativa local não se efetivaram. Apenas alguns serviços e recursos encontram-se municipalizados.

Para aprofundar o processo de municipalização, foi proposta a Norma Operacional Básica 01/93 estabelecendo condições para que o município possa alcançar gradualmente sua autonomia administrativa e gerir os recursos.

Na nossa análise, verificamos que o município de Porto Feliz tem pouca autonomia para as questões de gerência e administração das verbas repassadas. Seria necessário, caso o município julgasse de interesse o seu enquadramento nos termos da norma operacional, elaborar um Plano Diretor pautado tecnicamente e organizado em prioridades para a área da saúde, sendo necessário também ativar o Conselho e o Fundo Municipal de Saúde. Através de alguns ajustes, é possível o município pleitear seu enquadramento na condição de gestão incipiente.

É importante que o município de Porto Feliz participe da Associação Paulista dos Secretários Municipais de Saúde "Sebastião de Moraes", do CONAS-Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde e do CONASEMS-Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, procurando se articular e trocar experiências com os demais secretários municipais de saúde, buscando não apenas benefícios próprios, mas contribuindo para conquistas gerais.

Outro aspecto relevante que não podemos deixar de destacar é a questão da gratuidade dos serviços de saúde, claramente expressa na Constituição do Estado de São Paulo (artigo 222 - item V "gratuidade dos serviços prestados, vedada a cobrança de despesas e taxas, sob qualquer título), que vem sendo ferido através da cobrança de alguns procedimentos realizados aos usuários do sistema de saúde do município.

## 10. BIBLIOGRAFIA

- 1 - BRASIL, Constituição de 1988. Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília, Senado Federal, 1988.
- 2 - FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO-FUNDAP. SÃO PAULO. Perspectivas institucionais da democratização na saúde, São Paulo, 1988.
- 3 - LAURENTI, R. et al. Estatísticas de Saúde, 2a. ed., São Paulo, E.P.U, 1987.
- 4 - LEFÈVRE, F. Contribuição para o entendimento de uma área nebulosa do SUS, São Paulo, 1992. (mimeografado)
- 5 - MENDES, E. V. O Planejamento da saúde no Brasil: origens, evolução, análise crítica e perspectivas, OPS, 1988.
- 6 - MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Reorientação da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social, 3a. ed., 1983.
- 7 - MINISTÉRIO DA SAÚDE, VIII Conferência Nacional de Saúde, Relatório Final, 1986.
- 8 - MINISTÉRIO DA SAÚDE, SUS. Diretrizes para a formulação de políticas de recursos humanos, 1989.
- 9 - MINISTÉRIO DA SAÚDE. IX Conferência Nacional de Saúde, Relatório Final, 1993.
- 10- MINISTÉRIO DA SAÚDE, SUS. Descentralização das ações de serviços de saúde, 1993.
- 11- MULLER NETO, J. S. O Município e o financiamento da Saúde, Rio de Janeiro, 1989. (mimeografado)
- 12- PHILIPP JUNIOR, A. Saneamento do meio, São Paulo, FUNDACENTRO, 1992.
- 13- PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO FELIZ. Lei Orgânica do Município, abril, 1990.
- 14- PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO FELIZ, Plano Diretor do Município de Porto Feliz,
- 15- ROUQUAYROL, M. Z. Epidemiologia e saúde, Fortaleza, UNIFOR. CNPQ, 1983.
- 16- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. I Conferência Estadual de Saúde, outubro, 1988.
- 17- VAUGHAN, J. P. et al. Epidemiologia para os municípios (manual para o gerenciamento dos distritos sanitários) Editora Hucitec, 1991.

ANEXO I

CALENDÁRIO DE ATIVIDADES  
DO T.C.M. NO MUNICÍPIO DE PORTO FELIZ

**CALENDÁRIO DE ATIVIDADES DO TCM NO MUNICÍPIO DE  
PORTO FELIZ**

---

**SEGUNDA FEIRA  
22/11/993**

---

8.00 - Secretaria Municipal de Saúde - Dr. Francisco Carlos de Arruda  
10.00- Prefeito - Prof. Luiz antônio Carvalho Netto  
13.00- Vigilância Sanitária - Wagner - Fiscal de Vig. Sanitária  
Vigilância epidemiológica - Dr. Francisco Augusto Lemos César  
Visita ao Matadouro Municipal

---

**TERÇA FEIRA  
23/11/993**

---

8.30- Diretor de Obras - Eng. O. Batististela  
10.00- Centro de saúde Madruginha - Chefia - Cristina  
Entrevista ao Auxiliar  
Entrevista aos usuários  
Entrevista ao Conselho Comunitário  
13.30- Centro de Saúde 2 - Chefia - Nelma  
Entrevista ao Auxiliar  
Entrevistas aos usuários

---

**QUARTA FEIRA  
24/11/993**

---

8.00- Serviço de Odontologia - Dra Ivana  
9.00- Visita à Indústria de tintas GLOBO  
10.00- Centro de saúde de Bambu - Chefia - Sônia  
Dr. Geraldo - vice Prefeito e dentista  
13.30- SAAE - Sr. Geraldo  
Visita ao local do LIXÃO  
15.30- Centro de saúde Popular - Dr. Leonardo Marchesoni Rogado  
Entrevista à Chefia  
Entrevista ao Auxiliar  
Entrevistas aos usuários  
Entrevista ao Membro do Conselho  
17.00- Diretoria do Conselho Comunitário

---

**QUINTA FEIRA  
25/11/993**

---

8.00- Hospital BEZERRA DE MENEZES - Dr. Francisco Carlos de Arrud  
Francisco Maria Grillo  
Maria Lúcia - Assistente Social  
Elicario Camargo- Fiscal Vig. Epidemiologica  
10.00- Fazenda Capuava - Entrevista à Deise  
Entrevista ao Dr. Cassio  
13.30- Direção de Educação e Cozinha Piloto - Sr. Domingos  
15.00- CAIC - Dr. Francisco César  
Diretora Promoção Social - Márcia Gimenes de Oliveira

---

**SEXTA FEIRA  
26/11/993**

---

8.00- SAAE  
10.00- Visita à Santa Casa



**ANEXO II**

**QUESTIONÁRIO APLICADO AOS DIRIGENTES**

## QUESTIONÁRIO DESTINADO AOS DIRIGENTES

NOME DA UNIDADE OU INSTITUIÇÃO \_\_\_\_\_  
NOME DO ENTREVISTADO \_\_\_\_\_  
CARGO OU FUNÇÃO \_\_\_\_\_  
DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORÁRIO \_\_\_\_\_

NOME DO (S) ENTREVISTADOR (ES) \_\_\_\_\_

### DESCENTRALIZAÇÃO E MUNICIPALIZAÇÃO

1-Os Serviços de Saúde estaduais e/ou federais existentes no Município foram municipalizados?

( ) sim ( ) não.

Em caso afirmativo indicar quando? \_\_\_\_\_

Como está se resolvendo a questão dos Recursos Humanos?

Do equipamento?

Materiais de consumo? (vacinas, medicamentos, requisição e aquisição)

2-Os Serviços de apoio para diagnóstico e terapêutica foram municipalizados? ( ) sim ( ) não

3-Sabe qual é o relacionamento do poder municipal com os serviços privados existentes no Município? Em termos de: Contratação \_\_\_\_\_

Convênio \_\_\_\_\_ Controle \_\_\_\_\_ Avaliação.

4-Tem conhecimento sobre a estrutura do Poder executivo municipal para o setor Saúde?  
(ORGANOGRAMA)

5-Que relações existem atualmente entre o Município e a Secretaria Estadual de Saúde e o Ministério de Saúde quanto a: Mando \_\_\_\_\_ Cooperação técnica \_\_\_\_\_ Cooperação financeira. \_\_\_\_\_

### FINANCIAMENTO

1-Quais as fontes de financiamento do setor saúde no Município? \_\_\_\_\_

Qual é a evolução histórica dos orçamentos nos últimos 10 anos?

Qual é a estimativa do Orçamento (do Município) 1993? \_\_\_\_%

Como são feitos os repasses? (Estadual, Federal, Municipal)

Que tipos de estrangulamentos existem no processo? \_\_\_\_\_

Existe algum Fundo Municipal de Saúde? ( ) Sim ( ) Não  
Como é composto? Quem é o gestor?

### PARTICIPAÇÃO POPULAR

1-Existe Conselho Municipal de Saúde? ( ) Sim ( ) Não

Em caso afirmativo como funciona? (É atuante? indicar o caráter deliberativo ou consultivo)

Qual é a composição? \_\_\_\_\_

Existem outros foruns de participação? (conselhos populares, comissões de saúde)  
Quais? \_\_\_\_\_ Sua composição \_\_\_\_\_

## ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DO SISTEMA E SERVIÇOS DE SAÚDE

1-Existe ou está em curso o processo de regionalização/ distritalização no Município? (descrever o processo) \_\_\_\_\_

Em caso afirmativo qual é o papel/competência do nível regional? \_\_\_\_\_ E distrital? \_\_\_\_\_

Qual é o grau de autonomia administrativa - financeira e técnica do nível regional? \_\_\_\_\_

Conhece a estrutura do nível regional? (ORGANOGRAMA)

2-Existe processo de territorialização, com definição de área de abrangência, de influência para as unidades básicas de saúde?

( ) Sim ( ) Não

3-Qual é o grau de integração entre os serviços ( ambulatorial, hospitalar e de apoio Diagnóstico) públicos e privados?- (existe cooperação mútua?)

Como se faz a referência e contra referência? E a hierarquização de ações?

4-Acessibilidade.

Qual é a porta de entrada do usuário? Qual é o horário de funcionamento dos Serviços?

Existe algum tipo de barreira? geográfica \_\_\_\_\_ cultural \_\_\_\_\_ económica \_\_\_\_\_

Gratuidade de atendimento: total \_\_\_\_\_ Parcial \_\_\_\_\_ cobrança por fora \_\_\_\_\_

Outras modalidades assistenciais existentes além do SUS. (seguro Saúde - cooperativas)

5-Resolutividade:

Existe demanda reprimida?

Após agendamento de consultas, qual o tempo de espera para ser atendido? Quando há solocitação de exames, qual é o tempo de espera para ser atendido?

Existe dispensação de medicamentos?

É suficiente?

Qual o critério utilizado para dispensação?

Quem fornece os medicamentos? (órgãos)

Como funciona o serviço de urgência e emergência?

Qual o grau de resolutividade?

6-Como acontece a integralidade de assistência (promoção, proteção e recuperação de saúde) do ponto de vista da gestão e do processo de planejamento?

As unidades têm condições (R.H. , material, equipamento programas, planejamento, orçamento próprio etc) de atender a essa diretriz?

## MODELO ASSISTENCIAL - PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE

1- Existe articulação intersetorial?  
Em caso afirmativo, como ela acontece?

2- Onde são planejadas as ações de saúde do Município? \_\_

Qual é a participação das unidades básicas no processo? \_\_

Estas unidades participam de reuniões a nível central? E qual é a participação popular? \_\_\_\_\_  
3- Onde e quem faz o planejamento de investimentos (ampliações, reformas,) da rede de saúde? \_\_\_\_\_

E o Orçamento de custeio da rede de serviços?

4- Existe Plano Municipal de saúde? Em caso afirmativo qual é a relação entre o planejado e o executado?

5- Em que nível se dá a eleição de prioridades na alocação de recursos, isto é, como é a sistemática de planejamento?

## SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE

1- Quais são os dados estatísticos colectados?

Qual é a fonte destes dados?

Onde é feita a análise dos dados? \_\_\_\_\_

Quais os fluxos seguidos pelos dados? \_\_\_\_\_

Qual é a utilização da informação estatística disponível a nível local?

Existe algum sistema de informação informatizado ?

## RECURSOS HUMANOS

1- Qual é a política de recursos humanos referente a: capacitação, reciclagem e plano de cargos?

O quadro de Recursos Humanos é suficiente?

Existem alguns pontos de estrangulamento no processo? Em caso afirmativo quais?

ANEXO III

QUESTIONARIO APLICADO AOS FUNCIONÁRIOS

## QUESTIONÁRIO PARA FUNCIONÁRIO

NOME DA UNIDADE OU INSTITUIÇÃO \_\_\_\_\_

NOME DO ENTREVISTADO \_\_\_\_\_

CARGO OU FUNÇÃO \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

HORÁRIO \_\_\_\_\_

NOME DOS ENTREVISTADORES \_\_\_\_\_

1-Na sua opinião, como se encontra o serviço de saúde do Município?

2-Você já ouviu falar de municipalização dos serviços de saúde?

( ) SIM ( ) Não

caso afirmativo, o que sabe a respeito?

3-Na sua opinião, como o Município vem contribuindo para melhorar os serviços de saúde?

4-Qual deve ser a participação do Governo Estadual e Federal na área de saúde do Município?

5-Qual é a procedência da população que chega a esta Unidade?

Por que procura esta unidade e não outra?

6-Na sua opinião, a população encontra alguma dificuldade para ser atendida no serviço de saúde local?

( ) SIM ( ) Não

Em caso afirmativo, quais?

7-Depois que o paciente marca consulta, quanto tempo leva para ser atendido?

8-Ao ser atendido o paciente, efectua algum pagamento para consulta ou exames complementares?

9-Numa situação de emergência e ou urgência, qual ou quais os locais em que a população é atendida?

10-Você sabe onde se tomam as decisões para planejar, organizar e dirigir os serviços de saúde? ( ) SIM ( ) Não

Caso afirmativo, de que forma é feito?

11-Existe algum movimento ou outra forma de participação popular para conseguir atendimento das suas necessidades? Se existe, você já participou em algum?

Quem participa? (composição)

12-Você já ouviu falar em Conselho Municipal de saúde?

Se sim, sabe o que faz?

13-Como é que esta unidade resolve o encaminhamento de pacientes para outras especialidades (laboratório, outros médicos) que não existem aqui?

14-O profissional ou a unidade para onde o paciente está sendo encaminhado retorna a informação com relação ao atendimento que foi realizado para sua unidade de origem?

15-O doente é informado sobre suas condições de saúde?

16-Há alguma sugestão que você deseja fazer em relação a essa unidade?

ANEXO IV

QUESTIONÁRIO APLICADO AOS USUÁRIOS



## QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIO

NOME DA UNIDADE OU INSTITUIÇÃO \_\_\_\_\_  
NOME DO ENTREVISTADO \_\_\_\_\_  
IDADE \_\_\_\_\_  
OCUPAÇÃO \_\_\_\_\_  
CARGO OU FUNÇÃO \_\_\_\_\_  
DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ HORÁRIO \_\_\_\_\_  
NOME DOS ENTREVISTADORES \_\_\_\_\_

1-Na sua opinião, como se encontra o serviço de saúde no Município?

2-Você já ouviu falar de Municipalização dos Serviços de Saúde?

Sim  Não Caso afirmativo, o que sabe a respeito?

3-Na sua opinião, como o Município vem contribuindo para melhorar o Serviço de Saúde?

4-Qual deve ser a participação do Governo Estadual e do Governo Federal na área de saúde do Município?

5-Essa Unidade de Saúde é a mais próxima da sua casa?

Sim  Não Por que você a procurou?

6-Você conhece algum programa de atendimento à saúde dessa unidade? (saúde da criança, saúde do adulto, saúde bucal)

Sim  Não

7-Você conhece os tipos de atendimentos que os serviços de saúde do Município pode lhe oferecer?

Sim  Não Caso afirmativo, quais?

8-Na sua opinião, a população encontra alguma dificuldade para ser atendida no serviço de saúde local?

Sim  Não  
Em caso afirmativo, quais?

9-O que você deve fazer para se inscrever nessa Unidade?

10-Depois de marcada a sua consulta, quanto tempo você leva para ser atendido?

11-Quando você não consegue ser atendido nesta unidade, para onde você é orientado a ir?

12-Quando você é atendido, é realizado algum tipo de pagamento para consulta ou exames complementares?

13-Numa situação de urgência e ou emergência, qual ou quais os locais em que você é atendido?

14-Você sabe onde tomam as decisões para planejar, organizar e dirigir os serviços de saúde do Município?

Em caso afirmativo, de que forma é feito?

15-Como a população procura resolver seus problemas de saúde? (moradia, água, esgoto, trabalho, educação)

16-Existe algum movimento ou outra forma de participação popular para conseguir atendimento dessas necessidades?

Se existe, você já participou de algum?

Quem participa? (composição)

17-Você já ouviu falar em Conselho Municipal de saúde?

Em caso afirmativo, sabe o que faz?

18-Há alguma sugestão que você deseja fazer em relação a essa unidade?

19- Quando você é encaminhado para outros atendimentos que não existem nesta unidade, para onde vai? Qual ou quais documentos leva?

20-O profissional ou unidade para a qual você foi encaminhado comunica a sua unidade de origem sobre o seu tratamento?

( ) Sim ( ) Não

Em caso afirmativo, como?

21-Quando você é atendido, você é informado sobre suas condições de saúde?

ANEXO V

CONSTITUIÇÃO FEDERAL (EXTRATOS)

CONSTITUIÇÃO ESTADUAL (EXTRATOS)

LEI N. 8.080

LEI N. 8.142

# CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - 1988

## TÍTULO VIII DA ORDEM SOCIAL

### CAPÍTULO I DISPOSIÇÃO GERAL

**Art. 193** — A ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais.

### CAPÍTULO II DA SEGURIDADE SOCIAL

#### SEÇÃO I DISPOSIÇÕES GERAIS

**Art. 194** — A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único — Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

- I — universalidade da cobertura e do atendimento;
- II — uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III — seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV — irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V — equidade na forma de participação no custeio;
- VI — diversidade da base de financiamento;
- VII — caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

**Art. 195** — A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

- I — dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro;
- II — dos trabalhadores;
- III — sobre a receita de concursos de prognósticos.

§ 1º — As receitas dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinadas à seguridade social constarão dos respectivos orçamentos, não integrando o orçamento da União.

§ 2º — A proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e

prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos.

§ 3º — A pessoa jurídica em débito com o sistema de seguridade social, como estabelecido em lei, não poderá contratar com o Poder Público nem dele receber benefícios ou incentivos fiscais ou creditícios.

§ 4º — A lei poderá instituir outras fontes destinadas a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social, obedecido o disposto no art. 154, I.

§ 5º — Nenhum benefício ou serviço da seguridade social poderá ser criado, majorado ou estendido sem a correspondente fonte de custeio total.

§ 6º — As contribuições sociais de que trata este artigo só poderão ser exigidas após decorridos noventa dias da data da publicação da lei que as houver instituído ou modificado, não se lhes aplicando o disposto no art. 150, III, "b".

§ 7º — São isentas de contribuição para a seguridade social as entidades beneficentes de assistência social que atendam às exigências estabelecidas em lei.

§ 8º — O produtor, o parceiro, o meeiro e o arrendatário rurais, o garimpeiro e o pescador artesanal, bem como os respectivos cônjuges, que exerçam suas atividades em regime de economia familiar, sem empregados permanentes, contribuirão para a seguridade social mediante a aplicação de uma alíquota sobre o resultado da comercialização da produção e farão jus aos benefícios nos termos da lei.

#### SEÇÃO II DA SAÚDE

**Art. 196** — A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

**Art. 197** — São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

**Art. 198** — As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I — descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II — atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III — participação da comunidade.

Parágrafo único — O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

**Art. 199** — A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º — As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º — É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º — É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º — A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

**Art. 200** — Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I — controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II — executar as ações da vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III — ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV — participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V — incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI — fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII — participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII — colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

### SEÇÃO III DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

**Art. 201** — Os planos de previdência social, mediante contribuição, atenderão, nos termos da lei, a:

I — cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte, incluídos os resultantes de acidentes do trabalho, velhice e reclusão;

II — ajuda à manutenção dos dependentes dos segurados de baixa renda;

III — proteção à maternidade, especialmente à gestante;

IV — proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário;

V — pensão por morte de segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes, obedecido o disposto no § 5º e no art. 202.

§ 1º — Qualquer pessoa poderá participar dos benefícios da previdência social, mediante contribuição na forma dos planos previdenciários.

§ 2º — É assegurado o reajustamento dos benefícios para preservar-lhes, em caráter permanente, o valor real, conforme critérios definidos em lei.

§ 3º — Todos os salários de contribuição considerados no cálculo de benefício serão corrigidos monetariamente.

§ 4º — Os ganhos habituais do empregado, a qualquer título, serão incorporados ao salário para efeito de contribuição previdenciária e conseqüente repercussão em benefícios, nos casos e na forma da lei.

§ 5º — Nenhum benefício que substitua o salário de contribuição ou o rendimento do trabalho do segurado terá valor mensal inferior ao salário mínimo.

§ 6º — A gratificação natalina dos aposentados e pensionistas terá por base o valor dos proventos do mês de dezembro de cada ano.

§ 7º — A previdência social manterá seguro coletivo, de caráter complementar e facultativo, custeado por contribuições adicionais.

§ 8º — É vedado subvenção ou auxílio do Poder Público às entidades de previdência privada com fins lucrativos.

**Art. 202** — É assegurada aposentadoria, nos termos da lei, calculando-se o benefício sobre a média dos trinta e seis últimos salários de contribuição, corrigidos monetariamente mês a mês, e comprovada a regularidade dos reajustes dos salários de contribuição de modo a preservar seus valores reais e obedecidas as seguintes condições:

I — aos sessenta e cinco anos de idade, para o homem, e aos sessenta, para a mulher, reduzido em cinco anos o limite de idade para os trabalhadores rurais de ambos os sexos e para os que exerçam suas atividades em regime de economia familiar, neste

incluídos o produtor rural, o garimpeiro e o pescador artesanal;

II — após trinta e cinco anos de trabalho, ao homem, e, após trinta, à mulher, ou em tempo inferior, se sujeitos a trabalho sob condições especiais, que prejudiquem a saúde ou a integridade física, definidas em lei;

III — após trinta anos, ao professor, e, após vinte e cinco, à professora, por efetivo exercício de função de magistério.

§ 1º — É facultada aposentadoria proporcional, após trinta anos de trabalho, ao homem, e, após vinte e cinco, à mulher.

§ 2º — Para efeito de aposentadoria, é assegurada a contagem recíproca do tempo de contribuição na administração pública e na atividade privada, rural e urbana, hipótese em que os diversos sistemas de previdência social se compensarão financeiramente, segundo critérios estabelecidos em lei.

#### SEÇÃO IV DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

**Art. 203** — A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente da contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

I — a proteção à família, à maternidade, à

infância, à adolescência e à velhice;

II — o amparo às crianças e adolescentes carentes;

III — a promoção da integração ao mercado de trabalho;

IV — a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;

V — a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

**Art. 204** — As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previstos no art. 195, além de outras fontes, e organizadas com base nas seguintes diretrizes:

I — descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social;

II — participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis.

## CONSTITUIÇÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO - 1989

### TÍTULO VII DA ORDEM SOCIAL

#### CAPÍTULO I DISPOSIÇÃO GERAL

**Artigo 217** — Ao Estado cumpre assegurar o bem-estar social, garantindo o pleno acesso aos bens e serviços essenciais ao desenvolvimento individual e coletivo.

#### CAPÍTULO II DA SEGURIDADE SOCIAL

##### SEÇÃO I DISPOSIÇÃO GERAL

**Artigo 218** — O Estado garantirá, em seu território, o planejamento e desenvolvimento de ações que viabilizem, no âmbito de sua competência, os princípios de seguridade social previstos nos artigos 194 e 195 da Constituição Federal.

##### SEÇÃO II DA SAÚDE

**Artigo 219** — A saúde é direito de todos e dever do Estado.

Parágrafo único - O Poder Público Estadual e Municipal garantirão o direito à saúde mediante:

1 - políticas sociais, econômicas e ambientais que visem ao bem-estar físico, mental e social do indivíduo e da coletividade e à redução do risco de doenças e outros agravos;

2 - acesso universal e igualitário às ações e ao serviço de saúde, em todos os níveis;

3 - direito à obtenção de informações e esclarecimentos de interesse da saúde individual e coletiva, assim como as atividades desenvolvidas pelo sistema;

4 - atendimento integral do indivíduo, abrangendo a promoção, preservação e recuperação de sua saúde.

**Artigo 220** — As ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle.

§ 1º - As ações e os serviços de preservação da saúde abrangem o ambiente natural, os locais públicos e de trabalho.

§ 2º - As ações e serviços de saúde serão realizados, preferencialmente, de forma direta, pelo Poder Público ou através de terceiros, e pela iniciativa privada.

§ 3º - A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 4º - A participação do setor privado no sistema único de saúde efetivar-se-á segundo suas diretrizes, mediante convênio ou contrato de direito público, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 5º - As pessoas físicas e as pessoas jurídicas de direito privado, quando participarem do sistema único de saúde, ficam sujeitas às suas diretrizes e às normas administrativas incidentes sobre o objeto de convênio ou de contrato.

§ 6º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílio ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

**Artigo 221** — Os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, que terão sua composição, organização e competência fixadas em lei, garantem a participação de representantes da comunidade, em especial, dos trabalhadores, entidades e prestadores de serviços da área de saúde, além do Poder Público, na elaboração e controle das políticas de saúde, bem como na formulação, fiscalização e acompanhamento do sistema único de saúde.

**Artigo 222** — As ações e os serviços de saúde executados e desenvolvidos pelos órgãos e instituições públicas estaduais e municipais, da administração direta, indireta e fundacional, constituem o sistema único de saúde, nos termos da Constituição Federal, que se organizará ao nível do Estado, de acordo com as seguintes diretrizes e bases:

I - descentralização com direção única no âmbito estadual e no de cada Município, sob a direção de um profissional de saúde;

II - municipalização dos recursos, serviços e ações de saúde, com estabelecimento em lei dos critérios de repasse das verbas oriundas das esferas federal e estadual;

III - integração das ações e serviços com base na regionalização e hierarquização do atendimento individual e coletivo, adequado às diversas realidades epidemiológicas;

IV - universalização da assistência de igual qualidade com instalação e acesso a todos os níveis, dos serviços de saúde à população urbana e rural;

V - gratuidade dos serviços prestados, vedada a cobrança de despesas e taxas, sob qualquer título.

**Artigo 223** — Compete ao sistema único de saúde, aos termos da lei, além de outras atribuições:

I - a assistência integral à saúde, respeitadas as necessidades específicas de todos os segmentos da população;

II - a identificação e o controle dos fatores determinantes e condicionantes da saúde

individual e coletiva, mediante, especialmente, ações referentes à:

- a) vigilância sanitária;
- b) vigilância epidemiológica;
- c) saúde do trabalhador;
- d) saúde do idoso;
- e) saúde da mulher;
- f) saúde da criança e do adolescente;
- g) saúde dos portadores de deficiências;

III - a implementação dos planos estaduais de saúde e de alimentação e nutrição, em termos de prioridades e estratégias regionais, em consonância com os Planos Nacionais;

IV - a participação na formulação da política e na execução das ações de saneamento básico;

V - a organização, fiscalização e controle da produção e distribuição dos componentes farmacêuticos básicos, medicamentos, produtos químicos, biotecnológicos, imunobiológicos, hemoderivados e outros de interesse para a saúde, facilitando à população, o acesso a eles;

VI - a colaboração na proteção do meio ambiente, incluindo do trabalho, atuando em relação ao processo produtivo para garantir:

- a) o acesso dos trabalhadores às informações referentes a atividades que comportem riscos à saúde e a métodos de controle, bem como aos resultados das avaliações realizadas.
- b) a adoção de medidas preventivas de acidentes e de doenças do trabalho;

VII - a participação no controle e fiscalização da produção, armazenamento, transporte, guarda e utilização de substâncias de produtos psicoativos, tóxicos e teratogênicos;

VIII - a adoção de política de recursos humanos em saúde e na capacitação, formação e valorização de profissionais da área, no sentido de propiciar melhor adequação às necessidades específicas do Estado e de suas regiões e ainda àqueles segmentos da população cujas particularidades requerem atenção especial, de forma a aprimorar a prestação de assistência integral;

IX - a implantação de atendimento integral aos portadores de deficiências, de caráter regionalizado, descentralizado e hierarquizado em níveis de complexidade crescente, abrangendo desde a atenção primária, secundária e terciária de saúde, até o fornecimento de todos os equipamentos necessários à sua integração social;

X - a garantia do direito à auto-regulação da fertilidade como livre decisão do homem, da mulher ou do casal, tanto para exercer a procriação como para evitá-la, provendo por meios educacionais, científicos e assistenciais para assegurá-lo, vedada qualquer forma coercitiva ou de indução por parte de instituições públicas ou privadas.

XI - a revisão do Código Sanitário Estadual a cada cinco anos.

XII - a fiscalização e controle do equipamento e aparelhagem utilizados no sistema de saúde, na forma da lei.

**Artigo 224** — Cabe à rede pública de saúde, pelo seu corpo clínico especializado, prestar o atendimento médico para a prática do aborto nos casos excludentes de antijuridicidade, previstos na legislação penal.

**Artigo 225** — O Estado criará banco de órgãos, tecidos e substâncias humanas.

§ 1º - A lei disporá sobre as condições e requisitos que facilitem a remoção de órgão, tecidos e substâncias humanas, para fins de transplante, obedecendo-se à ordem cronológica da lista de receptores e respeitando-se, rigorosamente, as urgências médicas, pesquisa e tratamento, bem como, a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

§ 2º - A notificação, em caráter de emergência, em todos os casos de morte encefálica comprovada, tanto para hospital público, como para a rede privada, aos limites do Estado, é obrigatória.

§ 3º - Cabe ao Poder Público providenciar recursos e condições para receber as notificações que deverão ser feitas em caráter de emergência, para atender ao disposto nos §§ 1º e 2º.

**Artigo 226** — É vedada a nomeação ou designação, para cargo ou função de chefia ou assessoramento na área de Saúde, em qualquer nível, de pessoa que participe de direção, gerência ou administração de entidades que mantenham contratos ou convênios com o sistema único de saúde, a nível estadual, ou sejam por ele credenciadas.

**Artigo 227** — O Estado incentivará e auxiliará os Órgãos Públicos e entidades filantrópicas de estudos, pesquisa e combate ao câncer, constituídos na forma da lei, respeitando a sua autonomia e independência de atuação científica.

**Artigo 228** — O Estado regulamentará, em seu território, todo processo de coleta e percurso de sangue.

**Artigo 229** — Compete à autoridade estadual, de ofício ou mediante denúncia de risco à saúde, proceder à avaliação das fontes de risco no ambiente de trabalho, e determinar a adoção das devidas providências para que cessem os motivos que lhe deram causa.

§ 1º - Ao sindicato de trabalhadores, ou a representante que designar, é garantido requerer a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou a saúde dos empregados.

§ 2º - Em condições de risco grave ou iminente no local de trabalho, será lícito ao empregado interromper suas atividades, sem prejuízo de quaisquer direitos, até a eliminação do risco.

§ 3º - O Estado atuará para garantir a saúde e a segurança dos empregados nos ambientes de trabalho.

§ 4º - É assegurada a cooperação dos sindicatos de trabalhadores nas ações de vigilância sanitária desenvolvidas no local de trabalho.

**Artigo 230** — O Estado garantirá o funcionamento de unidades terapêuticas para recuperação de usuários de substâncias que geram dependência física ou psíquica, resguardado o direito de livre adesão dos pacientes, salvo ordem judicial.

**Artigo 231** — Assegurar-se-á ao paciente, internado em hospitais da rede pública ou privada, a faculdade de ser assistido religiosa e espiritualmente, por ministro de culto religioso.

### SEÇÃO III DA PROMOÇÃO SOCIAL

**Artigo 232** — As ações do Poder Público, por meio de programas e projetos na área de promoção social, serão organizadas, elaboradas, executadas e acompanhadas com base nos seguintes princípios:

I - participação da comunidade;

II - descentralização administrativa, respeitada a legislação federal, cabendo a coordenação e execução de programas às esferas estadual e municipal, considerados os Municípios e as comunidades como instâncias básicas para o atendimento e realização dos programas;

III - integração das ações dos órgãos e entidades da administração em geral, compatibilizando programas e recursos e evitando a duplicidade de atendimento entre as esferas estadual e municipal.

**Artigo 233** — As ações governamentais e os programas de assistência social, pela sua natureza emergencial e compensatória, não deverão prevalecer sobre a formulação e aplicação de políticas sociais básicas nas áreas de saúde, educação, abastecimento, transporte e alimentação.

**Artigo 234** — O Estado subvencionará os programas desenvolvidos pelas entidades assistenciais filantrópicas e sem fins lucrativos, com especial atenção às que se dediquem à assistência aos portadores de deficiências, conforme critérios definidos em lei, desde que cumpridas as exigências de fins dos serviços de assistência social a serem prestados.

**Parágrafo único** — Compete ao Estado a fiscalização dos serviços prestados pelas entidades citadas no "caput" deste artigo.



**Artigo 235** — É vedada a distribuição de recursos públicos, na área de assistência social, diretamente ou por indicação e sugestão ao órgão competente, por ocupantes de cargos eletivos.

**Artigo 236** — O Estado criará o Conselho Estadual de Promoção Social, cuja composição, funções e regulamentos serão definidos em lei.

### **CAPÍTULO III DA EDUCAÇÃO, DA CULTURA E DOS ESPORTES E LAZER**

#### **SEÇÃO I DA EDUCAÇÃO**

**Artigo 237** — A Educação, ministrada com base nos princípios estabelecidos no artigo 205 e seguintes da Constituição Federal e inspirada nos princípios de liberdade e solidariedade humana, tem por fim:

I - a compreensão dos direitos e deveres da pessoa humana, do cidadão, do Estado, da família e dos demais grupos que compõem a comunidade;

II - o respeito à dignidade e às liberdades fundamentais da pessoa humana;

III - o fortalecimento da unidade nacional e da solidariedade internacional;

IV - o desenvolvimento integral da personalidade humana e a sua participação na obra do bem comum;

V - o preparo do indivíduo e da sociedade para o domínio dos conhecimentos científicos e tecnológicos que lhes permitam utilizar as possibilidades e vencer as dificuldades do meio, preservando-o;

VI - a preservação, difusão e expansão do patrimônio cultural;

VII - a condenação a qualquer tratamento desigual por motivo de convicção filosófica, política ou religiosa, bem como a quaisquer preconceitos de classe, raça ou sexo;

VIII - o desenvolvimento da capacidade de elaboração e reflexão crítica da realidade.

**Artigo 238** — A lei organizará o Sistema de Ensino do Estado de São Paulo, levando em conta o princípio da descentralização.

**Artigo 239** — O Poder Público organizará o Sistema Estadual de Ensino, abrangendo todos os níveis e modalidades, incluindo a especial, estabelecendo normas gerais de funcionamento para as escolas públicas estaduais e municipais, bem como para as particulares.

§ 1º - Os Municípios organizarão, igualmente, seus sistemas de ensino.

§ 2º - O Poder Público oferecerá atendimento especializado aos portadores de deficiências, preferencialmente na rede regular de ensino.

§ 3º - As escolas particulares estarão sujeitas à fiscalização, controle e avaliação, na forma da lei.

**Artigo 240** — Os Municípios responsabilizar-se-ão prioritariamente pelo ensino fundamental, inclusive para os que a ele não tiveram acesso na idade própria, e pré-escolar, só podendo atuar nos níveis mais elevados quando a demanda naqueles níveis estiver plena e satisfatoriamente atendida, do ponto de vista qualitativo e quantitativo.

**Artigo 241** — O Plano Estadual de Educação, estabelecido em lei, é de responsabilidade do Poder Público Estadual, tendo sua elaboração coordenada pelo Executivo, consultados os órgãos descentralizados do Sistema Estadual de Ensino; a comunidade educacional, e considerados os diagnósticos e necessidades apontados nos Planos Municipais de Educação.

**Artigo 242** — O Conselho Estadual de Educação é órgão normativo, consultivo e deliberativo do sistema de ensino do Estado de São Paulo, com suas atribuições, organização e composição definidas em lei.

**Artigo 243** — Os critérios para criação de Conselhos Regionais e Municipais de Educação, sua composição e atribuições, bem como as normas para seu funcionamento, serão estabelecidos e regulamentado por lei.

**Artigo 244** — O ensino religioso, de matrícula facultativa, constituirá disciplina dos horários normais das escolas públicas de ensino fundamental.

**Artigo 245** — Nos três níveis de ensino será estimulada a prática de esportes individuais e coletivos, como complemento à formação integral do indivíduo.

**Parágrafo único** — A prática referida no “caput”, sempre que possível, será levada em conta em face das necessidades dos portadores de deficiências.

**Artigo 246** — É vedada a cessão de uso de próprios públicos estaduais, para o funcionamento de estabelecimentos de ensino privado de qualquer natureza.

**Artigo 247** — A educação da criança de zero a seis anos, integrada ao sistema de ensino, respeitará as características próprias dessa faixa etária.

## **LEI Nº 8.080 - DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá

outras providências.

O Presidente da República.

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu

sanciono a seguinte Lei:

## DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

**Art. 1º** Esta Lei regula, em todo o Território Nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

## TÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

**Art. 2º** A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

**Art. 3º** A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

## TÍTULO II DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

### DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

**Art. 4º** O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração Direta e Indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde — SUS.

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde — SUS, em caráter complementar.

## CAPÍTULO I DOS OBJETIVOS E ATRIBUIÇÕES

**Art 5º** São objetivos do Sistema Único de Saúde — SUS:

I — a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II — a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º, do artigo 2º desta Lei;

III — a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

**Art. 6º** Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde — SUS:

I — a execução de ações:

- a) de vigilância sanitária;
- b) de vigilância epidemiológica;
- c) de saúde do trabalhador; e
- d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

II — a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III — a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV — a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V — a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI — a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII — o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII — a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano.

IX — a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X — o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI — a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I — o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II — o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I — assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II — participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde — SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III — participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde — SUS, da normalização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV — avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V — informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI — participação na normalização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII — revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII — a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

## CAPÍTULO II DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde — SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I — universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II — integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III — preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV — igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V — direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI — divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII — utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII — participação da comunidade;

IX — descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

X — integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI — conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII — capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII — organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

## CAPÍTULO III DA ORGANIZAÇÃO, DA DIREÇÃO E DA GESTÃO

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde — SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e

hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

**Art. 9º** A direção do Sistema Único de Saúde — SUS é única, de acordo com o inciso I, do artigo 198, da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos;

I — no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II — no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III — no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

**Art. 10º** Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.

§ 2º No nível municipal, o Sistema Único de Saúde — SUS poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

**Art. 11. (Vetado).**

**Art. 12.** Serão criadas Comissões Intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As Comissões Intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde — SUS.

**Art. 13.** A articulação das políticas e programas, a cargo das Comissões Intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

I — alimentação e nutrição;

II — saneamento e meio ambiente;

III — vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;

IV — recursos humanos;

V — ciência e tecnologia; e

VI — saúde do trabalhador.

**Art. 14.** Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas Comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde — SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

## CAPÍTULO IV

### DA COMPETÊNCIA E DAS ATRIBUIÇÕES

#### SEÇÃO I

##### DAS ATRIBUIÇÕES COMUNS

**Art. 15.** A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

I — definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;

II — administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;

III — acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;

IV — organização e coordenação do sistema de informação em saúde;

V — elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

VI — elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;

VII — participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;

VIII — elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

IX — participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

X — elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde — SUS, de conformidade com o plano de saúde;

XI — elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

XII — realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;

XIII — para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;

XIV — implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XV — propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;

XVI — elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;

XVII — promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisas, ações e serviços de saúde;

XVIII — promover a articulação da política e dos planos de saúde;

XIX — realizar pesquisas e estudos na área de saúde;

XX — definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;

XXI — fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

## SEÇÃO II DA COMPETÊNCIA

**Art. 16.** A direção nacional do Sistema Único de Saúde — SUS compete:

I — formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

II — participar na formulação e na implementação das políticas:

- a) de controle das agressões ao meio ambiente;
- b) de saneamento básico; e
- c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho.

III — definir e coordenar os sistemas:

- a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
- b) de rede de laboratórios de saúde pública;
- c) de vigilância epidemiológica; e
- d) vigilância sanitária.

IV — participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgãos afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V — participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI — coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

VII — estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII — estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

IX — promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades

representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

X — formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI — identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII — controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII — prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV — elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde — SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV — promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI — normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII — acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII — elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX — estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira dos SUS em todo o Território Nacional, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde — SUS ou que representem risco de disseminação nacional.

**Art. 17.** À direção estadual do Sistema Único de Saúde — SUS compete:

I — promover a descentralização para os Municípios dos serviços e de ações de saúde;

II — acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde — SUS;

III — prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV — coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

- a) de vigilância epidemiológica;
- b) de vigilância sanitária;
- c) de alimentação e nutrição; e
- d) de saúde do trabalhador.

V — participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

VI — participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

VII — participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII — em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX — identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X — coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI — estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

XII — formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII — colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

XIV — o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da Unidade Federada.

**Art. 18.** À direção municipal do Sistema Único de Saúde — SUS compete:

I — planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II — participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde — SUS, em articulação com sua direção estadual;

III — participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV — executar serviços:

- a) de vigilância epidemiológica;
- b) de vigilância sanitária;
- c) de alimentação e nutrição;
- d) de saneamento básico; e
- e) de saúde do trabalhador.

V — dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI — colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII — formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII — gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX — colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X — observado o disposto no artigo 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI — controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII — normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

**Art. 19.** Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

## TÍTULO III DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

### CAPÍTULO I DO FUNCIONAMENTO

**Art. 20.** Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

**Art. 21.** A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

**Art. 22.** Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde — SUS quanto às condições para seu funcionamento.

**Art. 23.** É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidade de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1º Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde — SUS, submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2º Executam-se do disposto neste artigo os

serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.

## CAPÍTULO II DA PARTICIPAÇÃO COMPLEMENTAR

**Art. 24.** Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde — SUS poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

**Art. 25.** Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde — SUS.

**Art. 26.** Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde — SUS, aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde — SUS deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde — SUS, mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º (Vetado).

§ 4º Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde — SUS.

## TÍTULO IV DOS RECURSOS HUMANOS

**Art. 27.** A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I — organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II — (Vetado);

III — (Vetado);

IV — valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde — SUS.

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde — SUS constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

**Art. 28.** Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do Sistema Único de Saúde — SUS, só poderão ser exercidos em regime de tempo integral.

§ 1º Os servidores que legalmente acumulam 2 (dois) cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde — SUS.

§ 2º O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou funções de chefia, direção ou assessoramento.

**Art. 29.** (Vetado).

**Art. 30.** As especializações na forma de treinamento em serviços sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o artigo 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

## TÍTULO V DO FINANCIAMENTO

### CAPÍTULO I DOS RECURSOS

**Art. 31.** O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde — SUS de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos de Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

**Art. 32.** São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I — (vetado);

II — serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III — ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV — alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V — taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde — SUS; e

VI — rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º Ao Sistema Único de Saúde — SUS caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde — SUS serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde — SUS serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação — SFH.

§ 4º (Vetado).

§ 5º As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde — SUS, pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições executoras.

§ 6º (Vetado).

## CAPÍTULO II DA GESTÃO FINANCEIRA

**Art. 33.** Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde — SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não-aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

**Art. 34.** As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde — FNS, observado o critério do parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde — SUS.

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

**Art. 35.** Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos

seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos:

I — perfil demográfico da região;

II — perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III — características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV — desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V — níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI — previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII — ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída, segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 2º Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de migração, os critérios demográficos mencionados nesta Lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º (Vetado).

§ 6º O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

## CAPÍTULO III DO PLANEJAMENTO E DO ORÇAMENTO

**Art. 36.** O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde — SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde — SUS, e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

**Art. 37.** O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das



características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

**Art. 38.** Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios às instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

#### DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

**Art. 39.** (Vetado).

§ 1º (Vetado).

§ 2º (Vetado).

§ 3º (Vetado).

§ 4º (Vetado).

§ 5º A cessão de uso dos imóveis de propriedade do INAMPS para órgãos integrados do Sistema Único de Saúde — SUS será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros bens móveis e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do Sistema Único de Saúde — SUS ou, eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.

§ 7º (Vetado).

§ 8º O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou Órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

**Art. 40.** (Vetado).

**Art. 41.** As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde — SUS, permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

**Art. 42.** (Vetado).

**Art. 43.** A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos e privados contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

**Art. 44.** (Vetado).

**Art. 45.** Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde — SUS, mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos

limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1º Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde — SUS, conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2º Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde — SUS, conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

**Art. 46.** O Sistema Único de Saúde — SUS estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

**Art. 47.** O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde — SUS, organizará, no prazo de 2 (dois) anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o Território Nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

**Art. 48.** (Vetado).

**Art. 49.** (Vetado).

**Art. 50.** Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único de Saúde — SUS.

**Art. 51.** (Vetado).

**Art. 52.** Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, artigo 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde — SUS em finalidades diversas das previstas nesta Lei.

**Art. 53.** (Vetado).

**Art. 54.** Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

**Art. 55.** São revogadas a Lei nº 2.312<sup>(1)</sup> de 3 de setembro de 1954, a Lei nº 6.229<sup>(2)</sup>, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Fernando Collor — Presidente da República,  
Alceni Guerra.

(1) Leg. Fed., 1954, pág. 487; (2) 1975, pág. 427.

ANEXO VI

NORMA OPERACIONAL BÁSICA SUS 01/93

Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica, SUS 01/93

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, usando das atribuições que lhe confere o artigo 87, inciso II, da Constituição, tendo em vista o disposto no seu artigo 198, inciso II, combinado com os preceitos da Lei Orgânica de Saúde (Leis nº 8.080/90 e 8.142/90), e

considerando os elementos de natureza política e administrativa constantes do documento "Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei", aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em 15 de abril do presente ano.

considerando que a construção do Sistema Único de Saúde - SUS é um processo de responsabilidade do Poder Público, orienta-se pelas diretrizes da descentralização político-administrativa dos serviços e ações de saúde e deve estar submetido ao controle da sociedade.

considerando ainda que a efetiva implementação do SUS vem assumindo dimensões complexas, cujo adequado equacionamento e domínio exige o estabelecimento de pressupostos essenciais na condução do processo, definição clara de responsabilidade das três esferas de governo e fixação de procedimentos e normas operacionais.

#### RESOLVE:

Art. 1º Aprovar a Norma Operacional Básica - SUS 01/93, constante do anexo único desta portaria, que regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações de âmbito do Sistema Único de Saúde e estabelece os mecanismos de financiamento das ações de saúde, em particular da assistência hospitalar e ambulatorial e diretrizes para os investimentos no setor.

Art. 2º Esta Portaria entre em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições em contrário.

JAMIL HADDAD

## 1. INTRODUÇÃO

Esta Norma Operacional Básica, do Ministério da Saúde, tem como objetivo disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde.

Fundamenta-se, para tanto, no texto constitucional, nas leis que regulamentam o SUS - a Lei 8.080 de 19/09/90 e a Lei 8.142 de 28/12/90 - e no documento **Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei**, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, em 15 de abril de 1993.

A construção do SUS é um processo, no qual a diretriz de descentralização das ações e serviços vem assumindo dimensões bastante complexas. Por esta razão, tem como fundamentos os seguintes pressupostos.

a) a descentralização deve ser entendida como um processo que implica redistribuição de poder; redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo, reorganização institucional; reformulação de práticas; e controle social;

b) a descentralização envolve dimensões políticas, sociais e culturais e sua efetivação pressupõe diálogo, negociação e pactuação entre os atores que vão constituir a base de legitimação das decisões;

c) o estabelecimento desta nova prática requer a existência e funcionamento regular dos Conselhos de Saúde, paritários e deliberativos, como mecanismo privilegiado de participação e controle social;

d) a responsabilidade pelo financiamento das ações de saúde tem que ser compartilhada pelas três esferas de governo, assegurando, regularmente, o aporte de recursos fiscais aos Fundos de Saúde;

e) a transformação do sistema de saúde não comporta rupturas bruscas que desorganizem as práticas atuais antes que se instaurem novas impondendo, por isso, um período de transição no qual medidas de caráter inovador devem ser instituídas em todos os estados e municípios em intensidade compatível com sua própria vontade e capacidade de absorção de responsabilidades gerenciais e políticas, de modo a evitar solução de continuidade na atenção à saúde da população;

f) o objetivo mais importante que se pretende alcançar com a descentralização do SUS é a completa reformulação do modelo assistencial hoje dominante, centrado na assistência médico-hospitalar individual, assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade, deslocando o

eixo deste modelo para a assistência integral universalizada e equânime, regionalizada e hierarquizada, e para a prática da responsabilidade sanitária em cada esfera de governo, em todos os pontos do sistema;

g) a regionalização deve ser entendida como uma articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo.

Considerando que os municípios, os estados e os próprios órgãos do Ministério da Saúde encontram-se em estágios diferentes em relação à descentralização do sistema, esta norma define procedimentos e instrumentos operacionais que visam ampliar e aprimorar suas condições de gestão, com o sentido de efetivar o comando único do SUS nas três esferas de governo.

Tais procedimentos e instrumentos configuram a convivência simultânea de situações diferenciadas de gestão do SUS nos estados e municípios, dentro de uma nova sistemática de relacionamento entre as três esferas de governo, descritas e disciplinadas nos itens desta norma e outros instrumentos complementares que se fizerem necessários.

## 2. DO GERENCIAMENTO DO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO

O gerenciamento do processo de descentralização no SUS, atendendo aos pressupostos apresentados, tem como eixo a prática do planejamento integrado em cada esfera de governo e como foros de negociação e deliberação as Comissões Intergestores e os Conselhos de Saúde respectivamente, estruturando funcionalmente a articulação descrita a seguir.

### 2.1. No âmbito nacional:

2.1.1. Comissão Intergestores Tripartite - integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde e dos órgãos de representação do conjunto dos Secretários Estaduais de Saúde/CONASS e do conjunto dos Secretários Municipais de Saúde/CONASEMS, tem por finalidade assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde.

2.1.2. Conselho Nacional de Saúde - constituído em conformidade com o Decreto nº 99.438, de 07/08/90, atua como órgão deliberativo na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Nacional de Saúde.

### 2.2. No âmbito estadual:

2.2.1. Comissão Intergestores Bipartite - integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e o órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do estado, deverá ser criada e

formalizada através de portaria do Secretário Estadual de Saúde, sendo a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS.

2.2.1.1. O Secretário de Saúde do município da capital será considerado membro nato desta Comissão.

2.2.1.2. Cada estado contará com uma Comissão Bipartite, cujas definições e propostas deverão ser referendadas ou aprovadas pelo respectivo Conselho Estadual, submetendo-se ao seu poder deliberativo e fiscalizador.

2.2.2. Conselho Estadual de Saúde - instância permanente e deliberativa, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Estadual de Saúde, com composição e atribuições previstas em lei estadual, observado o disposto na Lei 8.142, de 1990.

### 2.3. No âmbito municipal:

2.3.1. Conselho Municipal de Saúde - instância permanente e deliberativa, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Municipal de Saúde, com composição e atribuições previstas em lei municipal, observando o disposto na Lei 8.142, de 1990.

### 2.4. Fluxo decisório

Além do papel de cada um destes foros em seu âmbito próprio, a dinâmica do gerenciamento do processo de descentralização requer uma articulação entre eles como segue.

2.4.1. Todos os aspectos operacionais do processo de descentralização no âmbito estadual serão objeto de regulamentação pela Comissão Bipartite. Na ocorrência de uma divergência não superada neste foro, a questão deverá ser levada à deliberação do Conselho Estadual de Saúde. Na inexistência deste, o problema será submetido à Comissão Tripartite. Caso alguma das partes considere-se lesada pela decisão, quer da Comissão Tripartite, quer do Conselho Estadual de Saúde, a questão poderá ser levada ao Conselho Nacional de Saúde para sua resolução.

2.5. O Conselho Nacional de Saúde poderá ser formado como instância de recurso em qualquer tempo, ficando a seu critério consultar ou delegar à Comissão Tripartite a resolução do problema.

2.6. Os acordos firmados pela Comissão Bipartite e aprovados pelo Conselho Estadual de Saúde prevalecerão sobre as disposições legais e considerem as diretrizes contidas no documento **Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei**.

### 3. DO FINANCIAMENTO COM RECURSOS ARRECADADOS PELA UNIÃO

3.1. O financiamento das atividades ambulatoriais dar-se-á da seguinte forma:

3.1.1. As ações e serviços ambulatoriais, públicos e privados, que integram o Sistema Único de Saúde serão custeados através do sistema de financiamento ambulatorial, tendo como instrumento operacional o Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS e o formulário próprio para Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de alto custo - APA, a ser definido em Ordem de Serviço específica e sua emissão autorizada exclusivamente por médico (não credenciado pelo sistema e sem vínculo com prestador conveniado ou contratado) encarregado pelo gestor para este fim.

3.1.2. A Unidade de Cobertura Ambulatorial - UCA, destinada a definir os valores a serem repassados aos estados, Distrito Federal e municípios, é fixada através de resolução da Secretaria de Assistência à Saúde/MS, considerando a classificação dos estados, com base nas características da população, capacidade instalada, complexidade da rede, desempenho financeiro e desempenho da auditoria estadual do ano anterior, ouvida a Comissão Tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde:

3.1.2.1. O valor nominal da UCA será atualizado de acordo com a política de diretrizes orçamentárias e financeiras do Fundo Nacional de Saúde, como estabelecido pelo Decreto nº 806, de 24/04/93.

3.1.2.2. Sempre que os valores da tabela de procedimentos ambulatoriais forem alterados, o valor nominal da UCA sofrerá alteração dentro do necessário para suprir a diferença constatada.

3.1.3. Os Recursos para Cobertura Ambulatorial - RCA -, destinados anualmente aos estados e ao Distrito Federal a título de cobertura ambulatorial, serão obtidos através da multiplicação do valor da UCA pela população de cada Unidade da Federação.

3.1.3.1. O valor anual calculado será dividido em duodécimos, constituindo-se no RCA/mês.

3.1.4. O Fator de Apoio ao Estado - FAE -, caracteriza-se como repasse de recursos de custeio aos estados enquadrados nas condições de gestão parcial e semi-plena, para utilização nas atividades de tratamento fora de domicílio, aquisição de medicamentos especiais e provisão de órteses e próteses ambulatoriais, em programação aprovada pela Comissão Bipartite.

3.1.4.1. O FAE será calculado da seguinte forma:

- calcula-se o valor correspondente a 5% da UCA do estado;
- este valor é multiplicado pelo nº de habitantes do estado;

- o valor mensal a ser transferido corresponde a um duodécimo do montante encontrado.

3.1.5. A base de cálculo para o estabelecimento de teto financeiro mensal para os municípios será a média de seu gasto histórico (janeiro a dezembro de 1992), corrigido pela sua capacidade potencial de produção (equipamento x recursos humanos), população adscrita e complexidade da rede. Os municípios que dispuserem de rede ambulatorial, mas sem registro anterior de produção, serão avaliados segundo a sua capacidade potencial de produção, população adscrita e complexidade da rede para definição dos seus tetos.

3.1.5.1. Tal ajuste implica em redistribuição do volume de recursos já previsto no cálculo do RCA, não correspondendo, portanto, a um acréscimo no quantitativo financeiro devido ao estado.

3.1.5.2. Os valores destes tetos serão reajustados nos mesmos percentuais que os valores da UCA do estado a que pertence o município.

3.1.6. Para os estados, o teto financeiro será calculado deduzindo-se de seu RCA/mês os tetos fixados para os seus municípios que estiverem inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial ou semi-plena (item 4.1 - Da Operacionalização).

3.1.7. Os Conselhos de Saúde aprovarão os critérios de programação dos quantitativos dos serviços, por ordem de prioridade entre prestadores públicos, filantrópicos e privados, assegurado o acesso ao universo de prestadores existentes, atendidos os requisitos de qualidade e respeitadas as necessidades de cobertura identificadas no Plano de Saúde.

3.1.8. A programação física e orçamentária das atividades ambulatoriais deverá ser produto do trabalho conjunto dos municípios e do estado na Comissão Bipartite Intergestores, sob coordenação da Secretaria Estadual de Saúde, aprovado pelos Conselhos Municipais de Saúde e referendado pelo Conselho Estadual de Saúde. As prioridades, quotas, referência e contra-referência devem ser definidas com base em dados epidemiológicos, características demográficas e capacidade instalada, configurando uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços.

3.2. O Fator de Apoio ao Município - FAM -, caracteriza-se como repasse de recursos de custeio aos municípios enquadrados nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena.

3.2.1. O valor do FAM será obtido da seguinte forma:

- calcula-se o valor correspondente a 5% da UCA do estado;
- este valor é multiplicado pelo nº de habitantes do município;

- o valor mensal a ser transferido corresponde a um duodécimo do montante encontrado.

### 3.3. O financiamento das atividades hospitalares dar-se-á da seguinte forma.

3.3.1. As atividades assistenciais realizadas em regime de internação hospitalar pelos serviços públicos e privados que integram o Sistema Único de Saúde serão custeadas através do sistema de financiamento hospitalar, tendo como instrumento operacional o Sistema de Informações Hospitalares/SIH-SUS e seu formulário próprio, a Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

3.3.2. O teto quantitativo de AIH será proporcional à população, cabendo às Secretarias de Saúde e aos Conselhos de Saúde o planejamento e a distribuição para os diferentes prestadores, segundo as necessidades da população, observando:

3.3.2.1. Para os municípios, o teto quantitativo mensal será equivalente a um duodécimo de 8% de sua população, enquanto para os estados será de um duodécimo de 2% da população, acrescido dos quantitativos devidos aos seus municípios que não estiverem nas condições de gestão incipiente, parcial ou semi-plena.

3.3.2.2. Tais percentuais poderão ser modificados por proposição da Comissão Bipartite, aprovada no Conselho Estadual de Saúde, observando o limite de 19% que cabe ao estado.

3.3.2.3. O teto financeiro de custeio das atividades hospitalares para estados será calculado através da multiplicação do quantitativo de AIH pelo valor médio histórico da AIH no estado (janeiro a dezembro de 1992), corrigido na mesma proporção que a tabela básica de remuneração de procedimentos hospitalares.

3.3.2.4. O teto financeiro de custeio das atividades hospitalares para municípios será calculado através da multiplicação do quantitativo de AIH pelo valor médio histórico da AIH no município (janeiro a dezembro de 1992), corrigido na mesma proporção que a tabela básica de remuneração de procedimentos hospitalares.

3.3.3. Os Conselhos de Saúde aprovarão os critérios de programação dos quantitativos de AIH, por ordem de prioridade entre prestadores públicos, filantrópicos e privados, assegurado o acesso ao universo de prestadores existentes, atendidos os requisitos de qualidade e respeitadas as necessidades de cobertura identificadas no Plano de Saúde.

3.3.4. A Comissão Bipartite, em cada estado, definirá os quantitativos de AIH e o funcionamento de uma **Câmara de Compensação** que viabilize a necessária circulação de AIH entre os municípios, mantida sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde.

3.3.5. Os municípios poderão pleitear AIH adicionais à Câmara de Compensação da Secretaria Estadual ou a municípios vizinhos para unidades que atuem como referência.

3.4. Os recursos de investimento terão sua alocação prevista no Plano Nacional de Prioridades em Investimento, após a avaliação, negociação e compatibilização de Planos Municipais e Estaduais, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde.

3.4.1. Os estados enquadrados nas condições de gestão parcial e semi-plena receberão prioritariamente em relação aos demais os recursos de investimento a serem por eles gerenciados em consonância com a política nacional de investimento em saúde e obedecendo o plano estadual de prioridades em investimento.

3.5. O financiamento de ações de vigilância em saúde e outras ações será definido no prazo de 90 dias, através de normas complementares.

## 4. DAS CONDIÇÕES DE GESTÃO

O processo de descentralização, objeto desta norma, dar-se-á através de diferentes sistemáticas de relacionamento entre a esfera e as outras duas esferas político-administrativas, propiciando a convivência de situações diferenciadas no que se refere às condições de gestão do SUS nos estados e municípios.

### 4.1. Sistemáticas de relacionamento para municípios

#### 4.1.1. Condição de gestão incipiente

a) **responsabilidades e prerrogativas** - a Secretaria Municipal de Saúde assume imediata ou progressivamente, de acordo com suas condições técnico-operacionais, em cronograma negociado com as Comissões Bipartites em cada estado, a responsabilidade sobre a contratação e autorização do cadastramento de prestadores; programa e autoriza a utilização dos quantitativos de AIH e dos procedimentos ambulatoriais a serem prestados por unidade; controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados com ou sem fins lucrativos, demonstra disposição e condição de assumir o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município; incorpora à rede de serviços ações básicas de saúde, nutrição, educação, vigilância epidemiológica e sanitária; desenvolve ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho.

b) **requisitos** - para o enquadramento e permanência nesta situação são indispensáveis os itens b1, b2 e b3 e no que for pertinente às responsabilidades e prerrogativas por ele assumidas, o município deve:

b1) manifestar à Comissão Bipartite o interesse em assumir as responsabilidades caracterizadas nesta condição;

**b2)** dispor de Conselho Municipal de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente pela apresentação de atas das reuniões;

**b3)** dispor de Fundo Municipal de Saúde ou Conta Especial, comprovada semestralmente por extratos bancários;

**b4)** encaminhar à Comissão Bipartite a proposta de incorporação das unidades ambulatoriais públicas estaduais ou federais ainda não cedidas ao município, para assumir o seu gerenciamento;

**b5)** dispor de médico responsável pela emissão das autorizações de internações hospitalares, que não seja credenciado pelo sistema nem tenha vínculo com prestador conveniado ou contratado;

**b6)** dispor de condições técnicas e materiais para programar, acompanhar e controlar a prestação de serviços;

**b7)** manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de nascido vivo, mortalidade, doenças de notificação compulsória, registro de estabelecimentos e produtos de interesse para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pelas esferas federal e estadual.

#### **c) operacionalização**

**c1)** as unidades hospitalares serão cadastradas através da Ficha Cadastral de Hospital - FCH -, assinada pelo gestor municipal do SUS;

**c2)** as unidades ambulatoriais serão cadastradas através da Ficha de Cadastro Ambulatorial - FCA -, assinada pelo gestor municipal do SUS;

**c3)** a programação de cotas de Autorização de Internação Hospitalar - AIH -, será feita pela Secretaria Municipal de Saúde, e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde;

**c4)** a emissão de AIH será autorizada exclusivamente por médico encarregado para este fim pelo gestor municipal, respeitadas as restrições do item 4.1.1.b6;

**c5)** em relação aos serviços ambulatoriais, a Ficha de Programação Físico Orçamentária - FPO -, será preenchida sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde e a totalização do montante orçado por unidade, aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde;

**c6)** as unidades ambulatoriais encaminharão, mensalmente, às Secretarias Municipais de Saúde o Boletim de Produção Ambulatorial - BPA. O BPA e o Boletim de Diferença de Pagamento - BDP -, serão assinados pelo gestor municipal que, com este ato, estará respondendo pela veracidade dos dados nele contidos.

**c7)** os hospitais deverão apresentar, mensalmente, as AIH utilizadas à Secretaria Municipal de Saúde que se encarregará de verificá-las e encaminhá-las ao Ministério da Saúde para pagamento, com uma cópia à Secretaria Estadual de Saúde.

#### **4.1.2. Condição de gestão parcial**

**a) responsabilidades e prerrogativas** - a Secretaria Municipal de Saúde assume a responsabilidade sobre a autorização do cadastramento de prestadores; assume a programação e autoriza a utilização dos quantitativos de AIH e procedimentos ambulatoriais a serem prestados por unidade; controla e avalia os serviços ambulatoriais e hospitalares públicos e privados; assume o gerenciamento das unidades ambulatoriais públicas existentes no município; incorpora à rede de serviços ações básicas de saúde, nutrição, educação, de vigilância epidemiológica e sanitária; assume a formulação, execução e controle das ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho; recebe mensalmente recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetivado diretamente pela esfera federal às unidades hospitalares e ambulatoriais públicas e privadas existentes no município.

**b) requisitos** - para o enquadramento e permanência nesta situação o município deve:

**b1)** manifestar à Comissão Bipartite o interesse em assumir as responsabilidades caracterizadas nesta condição;

**b2)** encaminhar à Comissão Bipartite a proposta de incorporação das unidades ambulatoriais públicas estaduais ou federais ainda não cedidas ao município;

**b3)** dispor de Conselho Municipal de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente pela apresentação de atas das reuniões;

**b4)** dispor de Fundo Municipal de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente por extratos bancários;

**b5)** dispor de condições técnicas e materiais para programar, acompanhar e controlar a prestação de serviços;

**b6)** dispor de médico responsável pela emissão das autorizações de internações hospitalares, que não seja credenciado pelo sistema nem tenha vínculo com prestador conveniado ou contratado;

**b7)** apresentar anualmente à Comissão Bipartite o Plano Municipal de Saúde atualizado;

**b8)** apresentar anualmente à Comissão Bipartite Relatório de Gestão atualizado;

**b9)** comprovar anualmente à Comissão Bipartite a contrapartida de recursos próprios do Tesouro Municipal para a saúde;

**b10)** apresentar à Comissão Bipartite comprovante de existência de comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) da saúde para o município, ou o plano já elaborado;

**b11)** manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de nascido vivo, mortalidade, doenças de notificação compulsória, registro de estabelecimento e produtos de interesse para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pelas esferas federal e estadual.

**c) operacionalização**

**c1)** as unidades hospitalares serão cadastradas através da Ficha Cadastral de Hospital - FCH -, assinada pelo gestor municipal do SUS;

**c2)** as unidades ambulatoriais serão cadastradas através da Ficha de Cadastro Ambulatorial - FCA -, assinada pelo gestor municipal do SUS;

**c3)** a programação da cota de Autorização de Internação Hospitalar - AIH -, será feita pela Secretaria Municipal de Saúde e aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde;

**c4)** a emissão de AIH será autorizada exclusivamente por médico encarregado para este fim pelo gestor municipal, respeitadas as restrições do item 4.1.2.b6;

**c5)** em relação aos serviços ambulatoriais, a Ficha de Programação Físico Orçamentária - FPO -, será preenchida sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde e a totalização do montante orçado por unidade, aí incluídas as federais ou estaduais remanescentes, aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde;

**c6)** as unidades ambulatoriais privadas ou públicas, incluindo as unidades federais ou estaduais remanescentes em seu território, apresentarão mensalmente à Secretaria Municipal de Saúde o Boletim de Produção Ambulatorial - BPA. O BPA e o Boletim de Diferença de Pagamento - BDP -, serão assinados pelo gestor municipal que, com este ato, estará respondendo pela veracidade dos dados nele contidos;

**c7)** os hospitais deverão apresentar, mensalmente, as AIH utilizadas à Secretaria Municipal de Saúde, que se encarregará de verificá-las e encaminhá-las ao Ministério da Saúde para pagamento, com cópia à Secretaria Estadual de Saúde;

**c8)** o repasse financeiro dos saldos relativos aos tetos ambulatorial e hospitalar, bem como a respectiva prestação de contas, serão feitos conforme legislação vigente.

**4.1.3. Condição de gestão semi-plena**

**a) responsabilidade e prerrogativas** - a Secretaria Municipal de Saúde assume a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços: planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados; assume o gerenciamento de toda a rede pública existente no município, exceto unidades hospitalares de referência sob gestão estadual; assume a execução e controle das ações básicas de saúde, nutrição e educação, de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de saúde do trabalhador no seu território, conforme definido na Comissão Bipartite; recebe mensalmente o total dos recursos financeiros para custeio correspondentes aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos.

**b) requisitos** - para o enquadramento e permanência nesta situação o município deve:

**b1)** manifestar à Comissão Bipartite o interesse em assumir as responsabilidades caracterizadas nesta condição;

**b2)** dispor de condições técnicas e materiais para assumi-las;

**b3)** dispor de Conselho Municipal de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente pela apresentação de atas das reuniões;

**b4)** dispor de Fundo Municipal de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente por extratos bancários;

**b5)** apresentar anualmente à Comissão Bipartite o Plano Municipal de Saúde atualizado;

**b6)** apresentar anualmente à Comissão Bipartite Relatório de Gestão atualizado;

**b7)** comprovar anualmente à Comissão Bipartite a contrapartida de recursos próprios do Tesouro Municipal para a saúde;

**b8)** apresentar à Comissão Bipartite comprovante da existência da comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) da saúde para o município, ou o plano já elaborado;

**b9)** apresentar à Comissão Bipartite Termo de Compromisso, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, que contemple as metas que o gestor se propõe a cumprir no período de um ano, submetendo à Comissão Bipartite os indicadores de resultados com que se compromete a ser avaliado. O descumprimento por dois anos sucessivos, atestado pela Comissão Bipartite, determina a perda da condição;

**b10)** os processos de habilitação de municípios à condição semi-plena, aprovados pela Comissão Bipartite, serão apreciados pela Comis-



são Tripartite, à qual caberá a seleção final, respeitadas as restrições financeiras;

**b11)** manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de nascido vivo, mortalidade, doenças de notificação compulsória, produção e morbidade hospitalar, produção ambulatorial, registro de estabelecimento e produtos de interesse para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pelas esferas federal e estadual.

**b12)** manter permanentemente o Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS e o Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS.

### **c) operacionalização**

**c1)** nesta condição, os instrumentos relativos a todos os procedimentos operacionais, incluindo o processamento de dados pertinente, serão definidos e executados pelos municípios, observada a necessidade de manutenção dos bancos de dados estaduais e federais.

**c2)** o repasse financeiro dos recursos relativos aos tetos ambulatorial e hospitalar, bem como a respectiva prestação de contas, serão feitos conforme legislação em vigor.

**4.1.4.** Os municípios que, por avaliação da Comissão Bipartite, não tenham condições técnicas e materiais para enquadramento em nenhuma das condições descritas serão alvo de um programa de capacitação sob responsabilidade do estado, para que possam assumir gradativamente as responsabilidades e prerrogativas que caracterizam a condição de gestão incipiente, até que venham a cumprir os requisitos para sua inclusão nesta sistemática.

**4.1.5.** Estas condições aplicam-se tão somente a municípios, o que não impede a formação de consórcios ou modalidades afins que visem a ampliação de possibilidades políticas, técnicas e materiais do sistema de saúde.

## **4.2. Sistemáticas de relacionamento para os estados**

### **4.2.1. Condição de gestão parcial**

**a) responsabilidades e prerrogativas** - a Secretaria Estadual de Saúde assume a responsabilidade pela programação integrada com seus municípios, abrangendo manutenção de serviços e investimentos, além da gestão dos recursos de investimento próprios e os transferidos pela esfera federal, respeitadas as responsabilidades e prerrogativas dos municípios inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena, a Secretaria Estadual de Saúde assume cadastramento, programação, distribuição de cotas ambulatoriais e hospitalares, controle e avaliação da rede de serviços públicos e privados; coordena a rede de

referência estadual e gere os sistemas de alta complexidade; formula e coordena as políticas relativas ao tratamento fora de domicílio, órteses e próteses ambulatoriais e medicamentos especiais; coordena, no seu âmbito, as ações de vigilância epidemiológica, os hemocentros e a rede de laboratórios de saúde pública; assume a formulação, execução e controle das ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho; recebe mensalmente recursos financeiros correspondentes à diferença entre o teto financeiro estabelecido e o pagamento efetuado correspondente ao conjunto das unidades hospitalares e ambulatoriais próprias, contratadas suplementarmente pelo estado e aquelas dos municípios que não estiverem enquadrados nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena.

**b) requisitos** - para o enquadramento e permanência nesta situação o estado deve:

**b1)** manifestar à Comissão Tripartite o interesse em assumir as responsabilidades caracterizadas nesta condição;

**b2)** dispor de condições técnicas e materiais para assumi-las;

**b3)** dispor de Conselho Estadual de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente pela apresentação de atas das reuniões;

**b4)** dispor de Fundo Estadual de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente por extratos bancários;

**b5)** dispor de Comissão Bipartite em atividade, comprovada semestralmente por apresentação de atas de reuniões;

**b6)** apresentar anualmente à Comissão Tripartite o Plano Estadual de Saúde atualizado.

**b7)** apresentar anualmente à Comissão Tripartite Relatório de Gestão atualizado;

**b8)** comprovar anualmente à Comissão Tripartite a contrapartida de recursos próprios do Tesouro Estadual para a saúde;

**b9)** apresentar à Comissão Tripartite comprovante de existência de comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) da saúde para o estado, ou o plano já elaborado;

**b10)** apresentar anualmente à Comissão Tripartite a Programação Integrada, aprovada pelo órgão colegiado de gestores municipais e pelo Conselho Estadual de Saúde.

**b11)** manter permanentemente o Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS;

**h12)** manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de nascido vivo, mortalidade, doenças de notificação compulsória, produção ambulatorial, registro de estabelecimentos e produtos e interesse para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pela esfera federal.

**c) operacionalização** - respeitados os procedimentos operacionais atribuídos aos municípios inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena:

**c1)** as unidades hospitalares serão cadastradas através da Ficha Cadastral de Hospital - FCH -, assinada pelo gestor estadual do SUS;

**c2)** as unidades ambulatoriais serão cadastradas através da Ficha de Cadastro Ambulatorial - FCA -, assinada pelo gestor estadual;

**c3)** a distribuição da cota de Autorização de Internação Hospitalar - AIH -, definida na programação integrada será feita pela Secretaria Estadual de Saúde;

**c4)** a emissão de AIH será autorizada exclusivamente por médico não credenciado pelo sistema e sem vínculo com prestador conveniado ou contratado, encarregado pelo gestor estadual para este fim;

**c5)** em relação aos serviços ambulatoriais, a Ficha de Programação Físico Orçamentária - FPO -, será preenchida sob a responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde, na forma prevista na programação integrada;

**c6)** o Boletim de Produção Ambulatorial - BPA-, e o Boletim de Diferença de Pagamento - BDP -, serão assinados pelo gestor estadual que, com este ato, estará respondendo pela veracidade dos dados nele contidos;

**c7)** os hospitais deverão apresentar, mensalmente, as AIH utilizadas à Secretaria Estadual de Saúde, que se encarregará de verificá-las e encaminhá-las ao Ministério da Saúde para pagamento;

**c8)** o repasse financeiro dos saldos relativos aos tetos ambulatorial e hospitalar, bem como a respectiva prestação de contas, serão feitos conforme legislação vigente.

#### **4.2.2. Condição de gestão semi-plena**

**a) responsabilidades e prerrogativas** - respeitadas as responsabilidades e prerrogativas dos municípios inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena, a Secretaria Estadual de Saúde assume a completa responsabilidade sobre a gestão de prestação de serviços: planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados; coordena a rede de referência estadual e gere os sistemas de alta complexidade; formula e

coordena as políticas relativas ao tratamento fora de domicílio, órteses e próteses ambulatoriais e medicamentos especiais; coordena, no seu âmbito, as ações de vigilância epidemiológica, sanitária, de saúde do trabalhador, os hemocentros e a rede de laboratórios de saúde pública; gere os recursos de investimento próprios e transferidos pela esfera federal; recebe mensalmente o total dos recursos financeiros para custeio correspondentes aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos para a rede própria, a contratadas suplementarmente pelo estado e aquelas dos municípios que não estiverem enquadrados nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena.

**b) requisitos** - para o enquadramento e permanência nesta situação o estado deve:

**b1)** manifestar à Comissão Tripartite o interesse em assumir as responsabilidades caracterizadas nesta condição;

**b2)** dispor de condições técnicas e materiais para assumi-las;

**b3)** dispor de Conselho Estadual de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente pela apresentação de atas das reuniões;

**b4)** dispor de Fundo Estadual de Saúde em funcionamento, comprovado semestralmente por extratos bancários;

**b5)** dispor de Comissão Bipartite em atividade, comprovada semestralmente por apresentação de atas das reuniões;

**b6)** apresentar anualmente à Comissão Tripartite o Plano Municipal de Saúde atualizado;

**b7)** apresentar anualmente à Comissão Tripartite Relatório de Gestão atualizado;

**b8)** comprovar anualmente à Comissão Tripartite a contrapartida de recursos próprios do Tesouro Estadual para a saúde;

**b9)** apresentar à Comissão Tripartite o Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) da saúde para o estado, ou o plano já elaborado;

**b10)** apresentar anualmente à Comissão Tripartite a Programação Integrada, aprovada pelo órgão colegiado de gestores municipais e pelo Conselho Estadual de Saúde;

**b11)** apresentar à Comissão Tripartite Termo de Compromisso, aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde, que contemple as metas que o gestor se propõe a cumprir no período de um ano, submetendo à mesma os indicadores de resultados com que se compromete a ser avaliado. Dois descumprimentos sucessivos determinam a perda da condição;

**b12)** manter permanentemente o Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS e o Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS.

**b11)** manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de nascido vivo, mortalidade, doenças de notificação compulsória, produção e morbidade hospitalar, produção ambulatorial, registro de estabelecimento e produtos de interesse para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pela esfera federal.

#### **c) operacionalização**

**c1)** respeitados os procedimentos operacionais atribuídos aos municípios inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena, nesta condição, os instrumentos relativos a todos os procedimentos operacionais serão definidos pelos estados, observando a necessidade de manutenção dos bancos de dados federais;

**c2)** o repasse financeiro dos recursos relativos aos tetos ambulatorial e hospitalar, bem como a respectiva prestação de contas, serão feitos conforme legislação vigente.

**4.3.3.** Os estados que, por avaliação da Comissão Tripartite, não tenham possibilidades técnicas e materiais para o enquadramento em nenhuma das condições descritas permanecerão na condição de gestão incipiente, como segue:

**a)** responsabilidades e prerrogativas - respeitadas as responsabilidades e prerrogativas dos municípios inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena, a Secretaria Estadual de Saúde assume a responsabilidade sobre a autorização do cadastramento de prestadores; programa e autoriza a utilização dos quantitativos de AIH e dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares públicos e privados com ou sem fins lucrativos; coordena e executa ações de vigilância epidemiológica e sanitária; desenvolve ações de vigilância de ambientes e processos de trabalho e de assistência e reabilitação do acidentado do trabalho e do portador de doença ocasionada pelo trabalho.

#### **b) obrigações**

**b1)** dispor de Conselho Estadual de Saúde em funcionamento;

**b2)** dispor de Fundo Estadual de Saúde;

**b3)** dispor de Comissão Bipartite em atividade;

**b4)** dispor de condições técnicas e materiais para programar, acompanhar e controlar a prestação de serviços;

**b5)** dispor de médico responsável pela emissão das autorizações de internações hospitalares, que não seja credenciado pelo sistema nem tenha vínculo com prestador conveniado ou contratado;

**b6)** manter o Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS e o Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS;

**b7)** manter o registro e a remessa mensal de dados para manutenção e atualização dos bancos de dados de nascido vivo, mortalidade, doenças de notificação compulsória, produção ambulatorial, registro de estabelecimentos e produtos de interesse para a saúde, bem como de outros que venham a ser definidos pela esfera federal.

**c) operacionalização** - respeitados os procedimentos operacionais atribuídos aos municípios inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial e semi-plena:

**c1)** as unidades hospitalares serão cadastradas através da Ficha Cadastral de Hospital - FCH -, assinada pelo gestor estadual do SUS;

**c2)** as unidades ambulatoriais serão cadastradas através da Ficha de Cadastro Ambulatorial - FCA -, assinada pelo gestor estadual do SUS;

**c3)** a distribuição de cotas de Autorização de Internação Hospitalar - AIH -, negociada na Comissão Bipartite, será feita pela Secretaria Estadual de Saúde e aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde;

**c4)** a emissão de AIH será autorizada exclusivamente por médico encarregado por gestor estadual, respeitadas as restrições do item 4.3.3.b4;

**c5)** em relação aos serviços ambulatoriais, a Ficha de Programação Físico Orçamentária - FPO -, será preenchida sob a responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde, e a totalização do montante orçado por município aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde;

**c6)** o Boletim de Produção Ambulatorial - BPA -, e o Boletim de Diferença de Pagamento - BDP -, serão assinados pelo gestor estadual do SUS que, com este ato, estará respondendo pela veracidade dos dados nele contidos;

**c7)** os hospitais deverão apresentar as AIH utilizadas à Secretaria Estadual de Saúde, que encarregar-se-á de verificá-las e encaminhá-las ao Ministério da Saúde para pagamento.

## **5. DISPOSIÇÕES FINAIS**

**5.1.** Até que sejam editados novos instrumentos jurídicos que regulamentem as transferências de recursos financeiros, materiais e humanos no Sistema Único de Saúde, deverão ser observadas as disposições legais aplicáveis aos Convênios, Acordos e Ajustes.

**5.1.1.** Os bens móveis e imóveis bem como os recursos humanos serão transferidos da esfera federal aos estados e municípios, mediante termos de cessão específicos.

**5.2.** O repasse financeiro dos recursos relativos aos tetos ambulatorial e hospitalar para estados e municípios em condição de gestão semi-plena, bem como dos saldos relativos a estes tetos para os inclusos na situação parcial, será feito mensalmente, obedecido a um cronograma a ser estabelecido pelas partes.

**5.3.** No prazo de 60 dias, a partir da data de publicação desta norma, o Ministério da Saúde reverá os termos de cessão de bens e de pessoal ora em vigor, bem como o convênio que lhes dá suporte, alterando-os no que for pertinente segundo o disposto nesta norma.

**5.4.** Até que seja elaborado o Plano Nacional de Prioridades em Investimento, com base nos Planos Estaduais e Municipais, os recursos de investimento do Ministério da Saúde e de suas entidades vinculadas serão liberados mediante a apresentação de parecer dos respectivos Conselhos de Saúde.

**5.5.** Os recursos provenientes de serviços prestados pelas unidades assistenciais deverão ser identificados nos Fundos de Saúde Estaduais e Municipais como receita operacional proveniente da esfera federal, e utilizados na execução de ações de saúde previstas nos respectivos Planos de Saúde.

**5.6.** Até que sejam definidos critérios e mecanismos de correção da série histórica pela Comissão Tripartite, o teto financeiro ambulatorial mensal para os municípios será fixado com base na média de seu gasto histórico (janeiro a dezembro de 1992).

**5.7.** A Guia de Autorização de Pagamento - GAP -, não será aceita para pagamento de serviços ambulatoriais, após a expiração do prazo dos convênios celebrados entre INAMPS e estados para implantação do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA/SUS.

**5.8.** O teto financeiro hospitalar para municípios e estados só será estabelecido de imediato para os inclusos nas condições de gestão parcial e semi-plena.

**5.8.1.** Para os demais municípios, a série histórica, correspondente ao gasto realizado entre a data de publicação desta norma e o dia 31 de dezembro de 1993, será utilizada para a fixação de tetos.

**5.9.** Com a publicação desta norma, deixam de existir o Fator de Estímulo à Municipalização - FEM -, e o Fator de Estímulo à Gestão Estadual - FEGE -, previstos na Portaria nº 234/92 (NOB-SUS/1992).

**5.10.** Em cada esfera de governo, os recursos provenientes de taxas e

multas aplicadas pela vigilância sanitária deverão ser alocados no respectivo Fundo de Saúde.

**5.11.** Os estados terão o prazo de 30 dias, a partir da data de publicação desta norma, para constituir a Comissão Bipartite, findo o qual a Comissão Tripartite incumbir-se-á de avaliar o processo de enquadramento dos municípios na nova sistemática até que os estados se habilitem a fazê-lo.

**5.12.** A partir da data de sua constituição, a Comissão Bipartite terá o prazo de 30 dias para submeter ao Conselho Estadual de Saúde a proposta de critérios que orientarão o processo de descentralização no estado.

**5.13.** A Comissão Bipartite terá o prazo de 30 dias, a partir da data de entrega da solicitação de enquadramento em qualquer das condições de gestão pelo município, para análise, manifestação e encaminhamento ao Ministério da Saúde.

**5.14.** No caso do estado que, permanecendo na condição de gestão incipiente, não cumpra as obrigações previstas, no prazo de 60 dias a partir da data da publicação desta norma, a Comissão Tripartite encaminhará comunicado para manifestação do Conselho Nacional de Saúde.

**5.15.** Os municípios que cumpriram o estabelecido na Portaria nº 234/92 (NOB-SUS/1992), os "municipalizados", serão automaticamente incluídos na condição de gestão parcial, desde que manifestem seu interesse por escrito ao Ministério da Saúde. No prazo de 120 dias, a partir da data de publicação desta norma, o município comprovará à Comissão Bipartite o cumprimento de todos os requisitos pertinentes. A não comprovação implica em perda temporária da condição, cabendo à Comissão Bipartite reavaliar o caso.

**5.16.** Os casos omissos deverão ser dirimidos nas Comissões Bipartites, no Conselho Estadual de Saúde ou na Comissão Tripartite, conforme fluxo estabelecido nas Disposições Preliminares desta norma.

ANEXO VII

INSTRUÇÃO NORMATIVA N.01 de 23/09/93

MINISTÉRIO DA SAÚDE

# Ministério da Saúde

## GABINETE DO MINISTRO

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 1, DE 23 DE SETEMBRO DE 1993

Disciplina os fluxos e conteúdos do processo de habilitação de municípios e estados às novas condições de gestão previstas na NOB/SUS/01/93

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, e

CONSIDERANDO a necessidade de detalhamento da Norma Operacional Básica - SUS/01/93, implantada pela Portaria 545 de 24/05/93, ouvida a Comissão Tripartite Intergestores, resolve:

Art. 1º Para habilitação de municípios, fica estabelecido o seguinte trâmite:

I. formação do processo de pleito de enquadramento pelo gestor;

II. apreciação pelo Conselho Municipal de Saúde;

III. apreciação pela Comissão Bipartite Intergestores;

IV. apresentação pela Comissão Bipartite Intergestores à Coordenação Geral de Desenvolvimento e Avaliação dos Serviços de Saúde/DCAS/SAS/MS, através do Escritório de Representação do Ministério da Saúde nos estados, da declaração de aprovação do enquadramento do município, acompanhada do convênio específico, devidamente assinado pelos gestores estadual e municipal.

V. formalização, pela Coordenação Geral de Desenvolvimento e Avaliação dos Serviços de Saúde/DCAS/SAS/MS, do enquadramento do município na condição de gestão aprovada pela Comissão Bipartite Intergestores, habilitando-o ao exercício das responsabilidades e prerrogativas previstas na NOB/SUS/01/93, com a publicação no D.O.U. do extrato do convênio e a adoção das demais providências administrativas pertinentes.

§ 1º. No caso de pleito de enquadramento na gestão semi-plena, a declaração referida no inciso IV deste artigo deve ser enviada pela Comissão Bipartite Intergestores à Comissão Tripartite, a quem compete decidir sobre o enquadramento e encaminhar à Coordenação Geral de Avaliação dos Serviços de Saúde/DCAS/SAS/MS para as providências pertinentes.

§ 2º. Quando do pleito de enquadramento nas condições de gestão parcial ou semi-plena, para viabilizar o cálculo do teto financeiro ambulatorial, a Comissão Bipartite Intergestores deve apresentar à Coordenação Geral de Desenvolvimento e Avaliação dos Serviços de Saúde/DCAS/SAS/MS além da declaração e do convênio, previstos no inciso IV, os seguintes relatórios de saída do SIA-SUS, relativos ao município pleiteante, referentes aos seis últimos meses anteriores ao pleito: "Estatística Cadastral" (por tipo de unidade, por tipo de vínculo, por tipo de prestador, por nível de hierarquia); "Acompanhamento da Programação Físico-Orçamentária" e "Síntese de Produção Ambulatorial" (apresentada e paga), bem como os relatórios de GAP pagas a todos os prestadores no município no mesmo período.

Art. 2º Para habilitação de estados, fica estabelecido o seguinte trâmite:

I. formação do processo de pleito de enquadramento pelo gestor;

II. apreciação pelo Conselho Estadual de Saúde;

III. apreciação pela Comissão Tripartite Intergestores;

IV. apresentação pela Comissão Tripartite Intergestores, à Coordenação Geral de Desenvolvimento e Avaliação dos Serviços de Saúde/DCAS/SAS/MS, da declaração de aprovação do enquadramento do estado, acompanhada do convênio específico devidamente assinado pelo gestor estadual;

V. formalização, pela Coordenação Geral de Desenvolvimento e

Avaliação dos Serviços de Saúde/DCAS/SAS/MS, do enquadramento do estado na condição de gestão aprovada pela Comissão Tripartite Intergestores, habilitando-o ao exercício das responsabilidades e prerrogativas previstas na NOB/SUS/01/93, com a publicação no D.O.U. do extrato do convênio e a adoção das demais providências administrativas pertinentes.

Art. 3º O conteúdo do processo a que se refere o inciso I dos artigos 1º e 2º, representa a demonstração, por parte dos municípios e estados, do cumprimento dos requisitos necessários ao enquadramento na condição de gestão pleiteada e consiste em:

I. ofício assinado pelo gestor, dirigido pelo município à Comissão Bipartite Intergestores e pelo estado à Comissão Tripartite Intergestores, manifestando interesse em assumir as responsabilidades e prerrogativas da condição de gestão pleiteada, nos termos da NOB/SUS/01/93;

II. documentos de comprovação da existência e funcionamento do Conselho de Saúde:

a) cópia do diploma legal de criação;

b) cópia da ata da reunião que aprovou o pleito de enquadramento;

III. documentos de comprovação da existência e funcionamento do Fundo de Saúde ou da Conta Especial no caso da condição de gestão incipiente:

a) cópia do diploma legal de criação do Fundo;

b) extrato bancário do último mês;

IV. plano de saúde atualizado, validado pelo gestor e aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde;

V. documentos de comprovação da contrapartida de recursos financeiros aplicados em saúde:

a) quadro demonstrativo da receita e despesa, por todas as fontes, realizadas no exercício anterior (anexo A desta I.N.);

b) quadro demonstrativo da receita por todas as fontes orçadas para o presente exercício (anexo B desta I.N.);

VI. cópia do Plano de Carreiras, Cargos e Salários-PCCS concluído ou em fase de elaboração ou da Portaria de nomeação da comissão de elaboração do PCCS, com posterior comprovação da implantação do referido Plano até janeiro de 1995;

VII. cópia da portaria de nomeação do(s) médico(s) responsável(is) pela emissão de autorização de internação hospitalar - AIH e de autorização de procedimentos ambulatoriais de alto custo - APA.

VIII. proposta de incorporação, pelo gestor municipal, das unidades ambulatoriais públicas, estaduais ou federais, contendo a identificação das unidades, os recursos humanos a serem cedidos, o cronograma de incorporação e a definição dos quantitativos e fontes de recursos necessários para custeio e investimento;

IX. relato descritivo, assinado pelo gestor, atestando a disponibilidade de condições técnicas e materiais para o desenvolvimento das atividades de planejamento, controle e avaliação da prestação de serviços explicitando os seguintes aspectos:

a) capacidade técnica da equipe, particularmente no que se refere à experiência na utilização dos sistemas de informação em saúde com destaque para o SIA e o SIH-SUS;

b) capacidade instalada de recursos de informática alocados ou passíveis de serem alocados à operação dos sistemas de informação em saúde, com destaque para o SIA e SIH-SUS;

c) capacidade técnica e organizacional para operar a central de controle de leitos e de controle da produção de procedimentos ambulatoriais de alto custo.

Parágrafo Único. No caso de pleito de enquadramento de município na condição de gestão incipiente, a composição do processo, de que trata este artigo, fica dispensada das exigências estabelecidas nos incisos IV, V e VI, ficando o cumprimento do disposto nos incisos VII, VIII e IX condicionado ao momento em que forem assumidas, pelo gestor, as responsabilidades e prerrogativas correspondentes, com base em cronograma negociado na Comissão Bipartite Intergestores.

Art. 4º Para manutenção das responsabilidades e prerrogativas referentes à condição de gestão em que se deu o enquadramento, o município apresentará à Comissão Bipartite e o estado à Comissão Tripartite Intergestores, para aprovação, os seguintes documentos:

I. com periodicidade semestral:

a) ata da última reunião do Conselho de Saúde;

b) extrato bancário do Fundo de Saúde referente ao último mês;

c) relatórios de saída dos sistemas de informações sob sua responsabilidade, previamente definidos pelas Comissões Intergestores Bipartite ou Tripartite, como corresponde;

II. até o último dia útil do mês de março, a cada ano:

a) relatório de gestão referente ao exercício anterior, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde;

b) plano de saúde atualizado, validado pelo gestor em exercício e aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde;

c) quadro demonstrativo da receita e da despesa, por todas as fontes, realizadas no exercício anterior (anexo A desta I.N.);

d) quadro demonstrativo da receita por todas as fontes orçadas para o exercício (anexo B desta I.N.).

§ 1º. O município enquadrado na condição de gestão incipiente terá sua permanência nesta condição avaliada pela Comissão Bipartite Intergestores com base, exclusivamente, nos documentos constantes das alíneas "a" e "b" do inciso I deste artigo.

§ 2º. O descumprimento do disposto neste artigo implica na perda da condição de gestão em que se encontra o município ou o estado, ficando as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite, respectivamente, incumbidas de julgar cada caso e adotar as medidas cabíveis.

Art. 5º A mudança de uma condição de gestão para outra significa, na prática, um novo trâmite para habilitação, conforme o disposto nos artigos 1º e 2º, ficando a cargo das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite instruir os gestores, na oportunidade, sobre a formação do novo processo de pleito de enquadramento, observado o que se define no artigo 3º.

Art. 6º Fica estabelecida a sistemática de que a publicação do enquadramento no D.O.U. até o dia quinze de cada mês implica na liberação de recursos correspondentes ao FAM, FAE e diferenças (teto financeiro ambulatorial e hospitalar - serviços produzidos) no mesmo mês de competência enquanto a publicação na segunda quinzena transfere o repasse de recursos para o mês subsequente.

Esta Instrução Normativa entrará em vigor na data de sua publicação.

HENRIQUE ANTÔNIO SANTILLO

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO ANEXO A

SECRETARIA - Completar com o nome da Secretaria Municipal de Saúde de (nome do município) ou Secretaria Estadual de Saúde (nome do estado), conforme for o caso.

EXERCÍCIO - Colocar o ano relativo ao exercício anterior ao do preenchimento do quadro.

QUADRO I

DESIGNAÇÃO DE GRUPOS DE FONTES

1. RECURSOS DO TESOURO - Nesta linha deverão ser colocados os recursos provenientes da arrecadação de tributos (ICMS, ISS, IPTU, IPI, IPVA, etc.) mais os recursos recebidos do FPM, consignados no Orçamento Geral do Governo, com destino à Secretaria e/ou ao Fundo de Saúde.

2. RECEITAS TRANSFERIDAS POR OUTRAS ESFERAS DE GOVERNO - Nas linhas deste campo deverão figurar todas as transferências, de recursos financeiros, efetuadas por outras esferas de governo com destaque especial para os recursos transferidos pelas diferentes áreas do Ministério da Saúde, incluindo as transferências via convênios. Na linha 2 deverão ser colocados os subtotais equivalentes à soma dos valores lançados nos itens 2.1 a 2.3 em cada coluna, assim como a linha 2.1 se refere às somas de 2.1.1 a 2.1.7.

Observação: Para o exercício de 1992 preencher a linha 2.1.6 com os valores recebidos a título de FEM e FECE.

3. OUTRAS RECEITAS - Preencher as linhas deste campo com as informações relativas a recursos financeiros provenientes de doações, convênios com entidades não governamentais, com organismos internacionais, empréstimos contraídos no país ou no exterior, etc., registrando na primeira linha, os respectivos subtotais.

RECEITA REALIZADA - Nesta coluna deverão ser lançados os valores em cruzeiros reais (CR\$ 1.000,00) correspondentes a cada um dos grupos de fontes discriminados na primeira coluna; subdividindo a informação em duas: valor total da receita e valor da receita empenhada ao fundo de saúde.

DESPESA REALIZADA - Registrar, em cruzeiros reais (CR\$ 1.000,00), nesta coluna as despesas pagas, mais aquelas empenhadas e não pagas no exercício, inscritas em restos a pagar, executadas com recursos provenientes das fontes de receitas discriminadas na primeira coluna.

QUADRO II

ORÇAMENTO GERAL DO GOVERNO - Lançar, neste quadro, o valor total, em cruzeiros reais (CR\$ 1.000,00), do Orçamento Municipal ou Estadual, conforme o caso, constituído pelas diversas fontes de receita, inclusive aquelas provenientes de outras esferas de governo.

% DA SAÚDE NO ORÇAMENTO GERAL DO GOVERNO - Registrar, em valores percentuais, o resultado obtido pela seguinte operação:

$$\frac{\text{Total da receita (coluna 2)} \times 100}{\text{Orçamento Geral do Governo (1ª linha)}}$$

Orçamento Geral do Governo (1ª linha)

ANEXO A

SECRETARIA: \_\_\_\_\_ EXERCÍCIO DE: \_\_\_\_\_

I - QUADRO DEMONSTRATIVO DO DESEMPENHO FISCAL FINANCEIRO DOS RECURSOS DA SAÚDE (CR\$ 1.000,00)

DESIGNAÇÃO DE GRUPOS DE FONTES	RECEITA REALIZADA		DESPESA REALIZADA
	TOTAL	CRÉDITO AO FUNDO DE SAÚDE	
1. Recursos do Tesouro			
2. Receitas transferidas por outras esferas de governo			
2.1. Do Ministério da Saúde			
2.1.1. AIN - Públicos			
2.1.2. AIN - Privados			
2.1.3. ACA - Públicos (SIA + GAP)			
2.1.4. ACA - Privados (SIA + GAP)			
2.1.5. Diferenças (teto financeiro produção Hosp. e Ambulatorial)			
2.1.6. FAM/FAE			
2.1.7. Outras transferências			
2.2. De Outros Ministérios			
2.3. Do Governo Estadual			
3. Outras receitas			
3.1. Doações			
3.2. Empréstimos			
<b>TOTAL</b>			

II - PARTICIPAÇÃO DA SAÚDE NO ORÇAMENTO GERAL DO GOVERNO (CR\$ 1.000,00)

Orçamento Geral do Governo: \_\_\_\_\_  
 % da Saúde no Orçamento Geral do Governo: \_\_\_\_\_

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO ANEXO B

SECRETARIA - Completar com o nome da Secretaria Municipal de Saúde de (nome do município) ou Secretaria Estadual de Saúde (nome do estado), conforme for o caso.

EXERCÍCIO - Colocar o ano relativo ao exercício do preenchimento do quadro.

QUADRO I

DESIGNAÇÃO DE GRUPOS DE FONTES

1. RECURSOS DO TESOURO - Nesta linha deverão ser colocados os recursos que compõem o Orçamento Geral do Município ou do Estado, destinados à saúde, e constituídos de receita própria proveniente da arrecadação de tributos (ICMS, ISS, IPTU, IPI, IPVA, etc.) mais os recursos do FPM. Na linha 2 deverão ser colocados os subtotais equivalentes à soma dos valores lançados nos itens 2.1 a 2.3 em cada coluna, assim como a linha 2.1 se refere às somas de 2.1.1 a 2.1.7.

2. RECEITAS TRANSFERIDAS POR OUTRAS ESFERAS DE GOVERNO - Registrar, neste campo, toda previsão de recebimento de recursos financeiros, a serem transferidos por outras esferas de governo; com destaque especial para os recursos oriundos das diferentes áreas do Ministério da Saúde, incluindo as transferências via convênios.

Observação: Para os exercícios de 1992 preencher a linha 2.1.6 com os valores recebidos a título de FEM ou FECE.

3. OUTRAS RECEITAS - Preencher as linhas deste campo com informações relativas a recursos financeiros provenientes de doações, convênios com entidades não governamentais, com organismos internacionais, empréstimos nacionais e internacionais, registrando na primeira linha os respectivos subtotais.

QUADRO II

ORÇAMENTO GERAL DO GOVERNO - Registrar, na primeira linha deste quadro, o valor total, em cruzeiros reais (CR\$ 1.000,00) do Orçamento Municipal ou Estadual, conforme o caso, constituído pelas diversas fontes de receita, inclusive aquelas provenientes de outras esferas de governo.

% DA SAÚDE NO ORÇAMENTO GERAL DO GOVERNO - Registrar, na segunda linha deste quadro, em valores percentuais, o resultado obtido pela seguinte operação:

$$\frac{\text{Total da receita estimada (coluna 2)} \times 100}{\text{Orçamento Geral do Governo (1ª linha)}}$$

ANEXO B

SECRETARIA: \_\_\_\_\_ EXERCÍCIO DE: \_\_\_\_\_

I - QUADRO DEMONSTRATIVO DA RECEITA ESTIMADA DA SAÚDE, POR TODAS AS FONTES (CR\$ 1.000,00)

DESIGNAÇÃO DE GRUPOS DE FONTES	RECEITA ESTIMADA	
	TOTAL	CRÉDITO AO FUNDO DE SAÚDE
1. Recursos do Tesouro		
2. Receitas transferidas por outras esferas de governo		
2.1. Do Ministério da Saúde		
2.1.1. AIN - Públicos		
2.1.2. AIN - Privados		
2.1.3. ACA - Públicos (SIA + GAP)		
2.1.4. ACA - Privados (SIA + GAP)		
2.1.5. Diferenças (teto financeiro produção Hosp. e Ambulatorial)		
2.1.6. FAM/FAE		
2.1.7. Outras transferências		
2.2. De Outros Ministérios		
2.3. Do Governo Estadual		
3. Outras receitas		
3.1. Doações		
3.2. Empréstimos		
<b>TOTAL</b>		

II - PARTICIPAÇÃO DA SAÚDE NO ORÇAMENTO GERAL DO GOVERNO (CR\$ 1.000,00)

Orçamento Geral do Governo: \_\_\_\_\_  
 % da Saúde no Orçamento Geral do Governo: \_\_\_\_\_

ANEXO VIII

LEI ORGÂNICA DO MUNICÍPIO DE PORTO FELIZ



**LEI ORGÂNICA DO MUNICÍPIO DE**

**PORTO FELIZ**

**PREÂMBULO**

O POVO PORTOFELICENSE, SOB A PROTEÇÃO DE DEUS, INSPIRADO NOS PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS DEMOCRÁTICOS DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL E DO ESTADO DE SÃO PAULO, NA SUA AUTONOMIA ASSIM COMO NO IDEAL DE SE CONSTRUIR UMA COMUNIDADE JUSTA, DECRETA E PROMULGA, POR SEUS REPRESENTANTES, A LEI ORGÂNICA DO MUNICÍPIO DE PORTO FELIZ.

**TÍTULO I**

**DA ORGANIZAÇÃO DO MUNICÍPIO**

**CAPÍTULO I**

**DO MUNICÍPIO**

**SEÇÃO I**

**DISPOSIÇÕES PRELIMINARES**

**ARTIGO 1º** - O Município de Porto Feliz integra a união indissolúvel da República Federativa do Brasil e do Estado de São Paulo e, no pleno uso de sua autonomia política, administrativa e financeira, reger-se-á por esta Lei Orgânica e pelas demais leis que adotar, respeitados os princípios estabelecidos nas Constituições Federal e Estadual.

**ARTIGO 2º** - São Poderes do Município, independentes e harmônicos entre si, o Legislativo e o Executivo.

**PARÁGRAFO ÚNICO** : São símbolos do Município a bandeira, o brasão e o hino, representativos de sua cultura e história:

**ARTIGO 3º** - Constituem bens do Município todas as coisas móveis e imóveis, direitos e ações que a qualquer título lhe pertençam.

**ARTIGO 4º** - O Município tem sua sede na cidade de Porto Feliz.

## SEÇÃO II

### DA DIVISÃO ADMINISTRATIVA DO MUNICÍPIO

**ARTIGO 5º** - Os limites do território do Município de Porto Feliz somente poderão ser alterados mediante lei estadual, obedecidos os requisitos previstos em lei complementar, preservadas a continuidade e a unidade histórico-cultural do ambiente urbano, e dependerão de consulta prévia, mediante plebiscito, às populações diretamente interessadas.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - Poderão ser criados, organizados e suprimidos distritos por lei municipal, observada a legislação estadual pertinente.

## CAPÍTULO II

### DA COMPETÊNCIA DO MUNICÍPIO

#### SEÇÃO I

##### DA COMPETÊNCIA PRIVATIVA

**ARTIGO 6º** - Ao Município compete prover a tudo quanto diga respeito ao seu peculiar interesse, ao bem-estar de sua população, cabendo-lhe, privativamente, dentre outras, as seguintes atribuições:

- I - legislar sobre assuntos de interesse local;
- II - suplementar a legislação federal e a estadual, no que couber;
- III - elaborar e executar o plano diretor como instrumento básico da política de desenvolvimento e de expansão urbana;

- IV - manter, com a cooperação técnica e financeira da União, Estado, Fundação ou Entidades, programas de educação pré-escolar e de ensino fundamental.
- V - instituir e arrecadar os tributos de sua competência, bem como aplicar as suas rendas, prestando contas e publicando balancetes, nos prazos fixados em lei;
- VI - fixar, fiscalizar e cobrar tarifas ou preços públicos;
- VII - dispor sobre organização, administração e execução dos serviços locais;
- VIII - dispor sobre administração, utilização e alienação dos bens públicos;
- IX - organizar o quadro e estabelecer o regime jurídico único dos servidores públicos;
- X - organizar e prestar, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, os serviços públicos locais;
- XI - planejar o uso e a ocupação do solo em seu território, especialmente em sua zona urbana;
- XII - estabelecer normas de edificação, loteamento, parcelamento, arruamento e zoneamento urbano e rural, bem como as limitações urbanísticas convenientes à ordenação do seu território, observada a lei federal;
- XIII - conceder e renovar licença para localização, instalação e funcionamento de estabelecimentos industriais, comerciais, prestadores de serviços, bem como de comércio eventual ou ambulante;
- XIV - cassar licença que houver concedido ao estabelecimento que se tornar prejudicial à saúde, à higiene, ao sossego, à segurança ou aos bons costumes, fazendo cessar a atividade ou determinando o fechamento do estabelecimento;
- XV - estabelecer servidões administrativas necessárias à realização de seus serviços, inclusive à dos seus concessionários;
- XVI - adquirir bens, inclusive mediante desapropriação;
- XVII - regulamentar a disponibilidade, o traçado e as demais condições dos bens públicos de uso comum;
- XVIII - regulamentar a utilização dos logradouros públicos e, especialmente no perímetro urbano,

- determinar o itinerário e os pontos de parada dos transportes coletivos;
- XIX - fixar os locais de estacionamento de táxis e demais veículos;
- XX - conceder, permitir ou autorizar os serviços de transporte coletivo e de táxi, fixando as respectivas tarifas;
- XXI - fixar e sinalizar as zonas de silêncio e de trânsito e tráfego em condições especiais;
- XXII - disciplinar os serviços de carga e descarga e fixar a tonelagem máxima permitida a veículos que circulem em vias públicas municipais;
- XXIII - tornar obrigatória a utilização da estação rodoviária;
- XXIV - sinalizar, com a orientação de órgãos especializados, vias urbanas e estradas municipais, bem como regulamentar e fiscalizar sua utilização;
- XXV - prover sobre limpeza de vias e logradouros públicos, remoção e destino do lixo domiciliar e de outros resíduos de qualquer natureza, diretamente ou por empresas privadas;
- XXVI - ordenar as atividades urbanas, fixando condições e horários para funcionamento de estabelecimentos industriais, comerciais e de serviços, observadas as normas federais pertinentes;
- XXVII - dispor sobre os serviços funerários e de cemitérios, encarregando-se da administração daqueles que forem públicos e fiscalizando os pertencentes a entidades privadas;
- XXVIII - regulamentar, licenciar, permitir, autorizar e fiscalizar a afixação de cartazes e anúncios, bem como a utilização de quaisquer outros meios de publicidade e propaganda, nos locais sujeitos ao poder de polícia municipal;
- XXIX - prestar assistência, nas emergências médico-hospitalares de pronto-socorro, por seus serviços ou mediante convênio com instituição especializada;
- XXX - organizar e manter os serviços de fiscalização necessários ao exercício do seu poder de polícia administrativa;
- XXXI - fiscalizar, nos locais de venda, as condições sanitárias dos gêneros alimentícios;

- XXXII - dispor sobre registro, vacinação e captura de animais, com a finalidade precípua de erradicar as moléstias de que possam ser portadores ou transmissores;
- XXXIII - dispor sobre o depósito e venda de animais, exceto selvagem, e mercadorias, apreendidos em decorrência de transgressão da legislação municipal;
- XXXIV - estabelecer e impor penalidades por infração a suas leis e regulamentos;
- XXXV - prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população;
- XXXVI - promover a proteção do patrimônio histórico-cultural local, observada a legislação e a ação fiscalizadora federal e estadual;
- XXXVII - elaborar e executar a política de desenvolvimento urbano com o objetivo de ordenar as funções sociais das áreas habitadas do Município e garantir o bem-estar de seus habitantes;
- XXXVIII - exigir, na forma da lei, para a execução de obras ou o exercício de atividades, potencialmente causadoras de degradação do meio ambiente, estudo prévio dos respectivos impactos ambientais;
- XXXIX - constituir a Guarda Municipal e o Corpo de Bombeiros Voluntários;
- XL - planejar e promover, em colaboração com a União e o Estado, a defesa permanente contra as calamidades públicas;
- XLI - legislar sobre licitação e contratação para a administração pública municipal direta e indireta, incluídas as fundações públicas municipais e empresas sob seu controle, respeitadas as normas gerais da legislação federal;
- XLII - promover os seguintes serviços:
  - a) - mercados, feiras e matadouros;
  - b) - construção e conservação de estradas e caminhos municipais;
  - c) - transportes coletivos estritamente municipais;
  - d) - iluminação pública;
- XLIII - assegurar a expedição de certidões requeridas às repartições administrativas municipais, na forma da lei;

- XLIV - dispor sobre serviços públicos em geral, regulamentando-os, inclusive os de caráter ou de uso coletivo como os de água, gás, luz e energia elétrica, estabelecendo os respectivos processos de instalação, distribuição e consumo no Município.

## SEÇÃO II

### DA COMPETÊNCIA COMUM

**ARTIGO 7º** - É competência comum da União, do Estado e do Município o exercício das seguintes medidas:

- I - zelar pela guarda das Constituições Federal e Estadual, das leis e das instituições democráticas e conservar o patrimônio público;
- II - cuidar da saúde, higiene, assistência e segurança pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências;
- III - proteger documentos, obras e outros bens de valor histórico, artístico e cultural, monumentos, paisagens naturais notáveis e sítios arqueológicos;
- IV - impedir a evasão, a destruição e descaracterização de obras de arte e de outros bens de valor histórico, artístico e cultural;
- V - proporcionar os meios de acesso à cultura, à educação e à ciência;
- VI - proteger o meio ambiente e combater a poluição em qualquer de suas formas;
- VII - preservar as florestas, a fauna e a flora;
- VIII - fomentar a produção agropecuária e organizar o abastecimento alimentar;
- IX - promover programas de construção de moradias e melhoria das condições habitacionais e de saneamento básico;
- X - combater as causas da pobreza e os fatores de marginalização, promovendo a integração social dos setores desfavorecidos;

- XI - registrar, acompanhar e fiscalizar as concessões de direitos de pesquisa e exploração de recursos hídricos e minerais em seu território;
- XII - estabelecer e implantar a política de educação para a segurança do trânsito;
- XIII - fiscalizar os locais de venda direta ao consumidor;
- XIV - elaborar e executar recenseamento próprio ou em conjunto com órgãos federais ou estaduais, objetivando levantamento sócio-econômico da população.

## CAPÍTULO III

### DAS VEDAÇÕES

**ARTIGO 8º** - Ao Município é vedado:

- I - estabelecer cultos religiosos ou igrejas, subvencioná-los, embaraçar-lhes o funcionamento ou manter com eles ou seus representantes relações de dependência ou aliança, ressalvada, na forma da lei, a colaboração de interesse público;
- II - recusar fé aos documentos públicos;
- III - criar distinções entre brasileiros ou preferências entre si;
- IV - subvencionar ou auxiliar, de qualquer modo, com recursos pertencentes aos cofres públicos, pela imprensa, rádio, televisão, serviço de alto-falante ou qualquer outro meio de comunicação, propaganda político-partidária ou fins estranhos à administração;
- V - manter a publicidade de atos, programas, obras, serviços e campanhas de órgãos públicos que não tenham caráter educativo, informativo ou de orientação social, assim como a publicidade da qual constem nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal de autoridades ou servidores públicos;
- VI - outorgar isenções e anistias fiscais, ou permitir a remissão de dívidas, sem interesse público

- justificado, sob pena de nulidade do ato;
- VII - exigir ou aumentar tributo sem lei que o estabeleça;
  - VIII - instituir tratamento desigual entre contribuintes que se encontrem em situação equivalente, proibida qualquer distinção em razão de ocupação profissional ou função por eles exercida, independentemente da denominação jurídica dos rendimentos, títulos ou direitos;
  - IX - estabelecer diferença tributária entre bens e serviços de qualquer natureza, em razão de sua procedência ou destino;
  - X - cobrar tributos:
    - a) - em relação a fatos geradores ocorridos antes do início da vigência da lei que os houver instituído ou aumentado;
    - b) - no mesmo exercício financeiro em que haja sido publicada a lei que os instituiu ou aumentou;
  - XI - utilizar tributos com efeito de confisco;
  - XII - estabelecer limitações ao tráfego de pessoas ou bens, por meio de tributos, ressalvada a cobrança de pedágio pela utilização de vias conservadas pelo Poder Público;
  - XIII - instituir impostos sobre:
    - a) - patrimônio, renda ou serviços da União, do Estado e de outros Municípios;
    - b) - templos de qualquer culto;
    - c) - patrimônio, renda ou serviços dos partidos políticos, inclusive suas fundações, das entidades sindicais dos trabalhadores, das instituições de educação e de assistência social, sem fins lucrativos, atendidos os requisitos da lei federal;
    - d) - livros, jornais, periódicos e o papel destinado a sua impressão.

**§ 1º** - A vedação do inciso XIII, alínea "a", deste artigo, é extensiva às autarquias e às fundações instituídas e mantidas pelo Poder Público, no que se refere ao patrimônio, à renda e aos serviços, vinculados às suas finalidades essenciais ou às delas decorrentes;

**§ 2º** - A vedação do inciso XIII, alínea "a", e do parágrafo anterior, ambos deste artigo, não se aplica ao patrimônio, à renda e aos serviços relacionados com exploração de atividades econômicas regidas pelas normas aplicáveis a empreendimentos privados, ou em que haja contraprestação ou pagamento de preços ou tarifas pelo usuário, nem exonera o promitente comprador da obrigação de pagar imposto relativamente ao bem imóvel;

**§ 3º** - A vedação expressa no inciso XIII, alíneas "a" e "b", deste artigo, compreende somente o patrimônio, a renda e os serviços relacionados com as finalidades essenciais das entidades nelas mencionadas;

## TÍTULO II

### DA ORGANIZAÇÃO DOS PODERES

#### CAPÍTULO I

#### DO PODER LEGISLATIVO

#### SEÇÃO I

#### DA CÂMARA MUNICIPAL

**ARTIGO 9º** - O Poder Legislativo do Município é exercido pela Câmara Municipal.

**ARTIGO 10** - A Câmara Municipal é composta de Vereadores eleitos pelo sistema proporcional, como representantes da comunidade, com mandato de quatro anos.

**§ 1º** - O número de Vereadores, observados os limites estabelecidos no artigo 29, inciso IV, da Constituição Federal, será fixado nas seguintes proporções:

I - Até 10.000 habitantes.....	= Nove Vereadores;
II - De 10.001 a 20.000 habitantes	= Onze Vereadores;
III - De 20.001 a 40.000 habitantes	= Treze Vereadores;
IV - De 40.001 a 80.000 habitantes	= Quinze Vereadores;
V - De 80.001 a 200.000 habitantes	= Dezessete Vereadores;
VI - De 200.001 a 500.000 habitantes	= Dezenove Vereadores;

VII - De 500.001 a 1.000.000 habitantes = Vinte e Um Vereadores.

§ 2º - O número de Vereadores, em cada legislatura, será alterado automaticamente, tendo-se em vista a população existente até 31 de dezembro do ano anterior ao da eleição, conforme apuração do IBGE.

**ARTIGO 11** - A Câmara Municipal reunir-se-á, anualmente, na sede do Município, de 01 de fevereiro a 30 de junho e de 1º de agosto a 15 de dezembro.

§ 1º - A Câmara reunir-se-á em sessões ordinárias, extraordinárias ou solenes, conforme dispuser o seu Regimento Interno.

§ 2º - A convocação extraordinária da Câmara Municipal, somente possível no período de recesso, far-se-á:

- I - pelo Prefeito, em caso de urgência ou interesse público relevante, devidamente justificado;
- II - pelo Presidente da Câmara ou a requerimento de dois terços (2/3) dos membros da Casa, em caso de urgência ou interesse público relevante.

§ 3º - Na sessão legislativa extraordinária, a Câmara Municipal somente deliberará sobre a matéria para a qual foi convocada.

**ARTIGO 12** - As sessões somente poderão ser abertas com a presença de um terço (1/3) de seus membros e a discussão e votação de matéria constante da ordem do dia só poderão ser efetuadas com a presença da maioria dos membros da Câmara, salvo disposição em contrário constante nas Constituições Federal e Estadual, bem como nesta Lei Orgânica.

**ARTIGO 13** - A sessão legislativa não será interrompida sem aprovação do projeto de lei de diretrizes orçamentárias e do projeto de lei do orçamento.

**ARTIGO 14** - As sessões da Câmara deverão ser realizadas em recinto destinado ao seu funcionamento, observado o disposto no artigo 26, inciso XVI, desta Lei Orgânica.

§ 1º - Por motivo de interesse público devidamente justificado ou impossibilidade de acesso ao recinto da Câmara, as sessões poderão ser realizadas em outro recinto, designado em ato da Mesa.

§ 2º - As sessões solenes poderão ser realizadas fora do recinto da Câmara.

**ARTIGO 15** - As sessões serão públicas, salvo deliberação em contrário tomada por dois terços (2/3) dos Vereadores, adotada em razão de

motivo relevante.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - Considerar-se-á presente à sessão o Vereador que assinar o livro de presença até o início da Ordem do Dia e participar dos trabalhos do Plenário e das votações.

## SEÇÃO II

### DO FUNCIONAMENTO DA CÂMARA

**ARTIGO 16** - A Câmara reunir-se-á em sessão solene no dia 1º de janeiro, às 10 horas, no primeiro ano da legislatura, para a posse de seus membros, do Prefeito e do Vice-Prefeito, e eleição da Mesa, independentemente de número e sob a presidência do Vereador mais votado dentre os presentes.

§ 1º - O Vereador que não tomar posse na sessão prevista no "caput" deste artigo deverá fazê-lo dentro do prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de perda do mandato, salvo motivo justo e aceito pela Câmara.

§ 2º - Inexistindo número legal, o Vereador mais votado dentre os presentes permanecerá na presidência e convocará sessões diárias, até que seja eleita a Mesa.

§ 3º - No ato da posse, os Vereadores deverão desincompatibilizar-se e, na mesma ocasião, bem como do término do mandato, fazer declaração de seus bens, a qual ficará arquivada na Câmara, constando das respectivas atas o seu resumo.

§ 4º - Imediatamente após a posse, os Vereadores reunir-se-ão sob a presidência do mais votado dentre os presentes e, havendo maioria absoluta dos membros da Câmara, elegerão os componentes da Mesa, que serão automaticamente empossados.

§ 5º - A eleição da Mesa da Câmara, para o segundo biênio, far-se-á em sessão especial, no último dia útil da 2ª sessão legislativa, ficando os eleitos automaticamente empossados a partir de 1º de janeiro subsequente.

## SEÇÃO III

### DA MESA E DAS COMISSÕES

**ARTIGO 17** - O mandato da Mesa será de dois anos, vedada a recon-

dução para o mesmo cargo na eleição imediatamente subsequente.

**ARTIGO 18** - A Mesa da Câmara compõe-se de Presidente, Vice-Presidente, Primeiro e Segundo Secretários, os quais se substituirão nessa ordem.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - Qualquer componente da Mesa poderá ser destituído da mesma pelo voto de dois terços (2/3) dos membros da Câmara, quando faltoso, omissivo ou ineficiente no desempenho de suas atribuições regimentais, elegendo-se outro Vereador para a complementação do mandato.

**ARTIGO 19** - A Câmara terá comissões permanentes e especiais.

§ 1º - Às comissões permanentes, em razão da matéria de sua competência, cabe examinar e emitir parecer prévio a respeito de proposições que devam ser objeto de discussão e votação em Plenário.

§ 2º - As comissões especiais, criadas por deliberação do Plenário, serão destinadas ao estudo de assuntos específicos e à representação da Câmara em congressos, solenidades ou outros atos públicos.

§ 3º - As comissões especiais de inquérito, que terão poderes de investigação próprios das autoridades judiciais, além de outros previstos no Regimento Interno da Casa, serão criadas pela Câmara Municipal, mediante requerimento de um terço (1/3) dos seus membros, para a apuração de fato determinado e por prazo certo.

§ 4º - Na formação das comissões, assegurar-se-á, tanto quanto possível, a representação proporcional dos partidos ou blocos parlamentares que participem da Câmara.

**ARTIGO 20** - As representações partidárias na Câmara terão líder e vice-líder.

**ARTIGO 21** - Câmara Municipal, observado o disposto nesta Lei Orgânica, compete elaborar seu Regimento Interno, dispor sobre sua organização, polícia e provimento de cargos de seus serviços e, especialmente, sobre:

- I - sua instalação e funcionamento;
- II - posse de seus membros;
- III - eleição da Mesa, sua composição e suas atribuições;
- IV - número de reuniões mensais;
- V - comissões;
- VI - sessões;

VII - deliberações;

VIII - todo e qualquer assunto de sua administração interna.

**ARTIGO 22** - Por deliberação da maioria de seus membros, a Câmara poderá convocar Secretário Municipal ou Diretor equivalente para, pessoalmente, prestar informações acerca de assunto previamente estabelecido.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - O não comparecimento de Secretário Municipal ou Diretor equivalente, sem justificativa razoável, considerar-se-á desacato à Câmara; se o Secretário Municipal ou Diretor equivalente for Vereador licenciado, o não comparecimento caracterizar-se-á procedimento incompatível com a dignidade da mesma, para instauração do respectivo processo, na forma da lei federal, e consequente cassação do mandato.

**ARTIGO 23** - Mesa, dentre outras atribuições, compete:

- I - tomar todas as medidas necessárias à regularidade dos trabalhos legislativos;
- II - propor projetos que criem, transformem ou extingam cargos dos serviços da Câmara e fixem os respectivos vencimentos;
- III - apresentar projetos de lei dispor sobre abertura de créditos suplementares ou especiais, através do aproveitamento total ou parcial das consignações orçamentárias da Câmara;
- IV - promulgar a Lei Orgânica e suas emendas;
- V - representar, junto ao Executivo, sobre necessidades de economia interna;
- VI - contratar, na forma da lei, por tempo determinado, para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público.

**ARTIGO 24** - Dentre outras atribuições, compete ao Presidente da Câmara:

- I - representar a Câmara em Juízo e fora dele;
- II - dirigir, executar e disciplinar os trabalhos legislativos e administrativos da Câmara;
- III - interpretar e fazer cumprir o Regimento Interno;
- IV - promulgar resoluções, decretos legislativos e leis com sanção tácita ou cujo veto tenha sido

- rejeitado pelo Plenário;
- V - fazer publicar atos da Mesa, resoluções, decretos legislativos e leis por ele promulgados;
- VI - declarar extinto o mandato do Prefeito, Vice-Prefeito e Vereadores, nos casos previstos em lei;
- VII - requisitar numerário destinado a despesas da Câmara e aplicar as disponibilidades financeiras no mercado de capitais;
- VIII - apresentar ao Plenário, até o dia 20 de cada mês, balancete relativo a recursos recebidos e a despesas do mês anterior;
- IX - representar sobre inconstitucionalidade de lei ou ato municipal;
- X - solicitar, por decisão da maioria absoluta da Câmara, intervenção no município, em casos admitidos pelas Constituições Federal e Estadual;
- XI - manter a ordem no recinto da Câmara, podendo solicitar força necessária para esse fim;
- XII - encaminhar, para parecer prévio, prestação de contas da Câmara ao Tribunal de Contas do Estado ou órgão a que for atribuída tal competência.

#### SEÇÃO IV

#### DAS ATRIBUIÇÕES DA CÂMARA MUNICIPAL

**ARTIGO 25** - Compete à Câmara Municipal, com a sanção do Prefeito, dispor sobre todas as matérias de competência do Município e, especialmente:

- I - instituir e arrecadar os tributos de sua competência, bem como aplicar suas rendas;
- II - autorizar isenções e anistias fiscais e remissão de dívidas;
- III - votar o orçamento anual e o plurianual de investimentos, bem como autorizar a abertura de créditos suplementares e especiais;
- IV - deliberar sobre obtenção e concessão de empréstimos e operações de crédito, bem como a forma e os meios de pagamento;
- V - autorizar a concessão de auxílios e subvenções;
- VI - autorizar a concessão de serviços públicos;

- VII - autorizar a concessão do direito real de uso de bens municipais;
- VIII - autorizar a concessão administrativa de uso de bens municipais;
- IX - autorizar a alienação de bens imóveis;
- X - autorizar a aquisição de bens imóveis, salvo quando se tratar de doação sem encargos;
- XI - criar, transformar e extinguir cargos, empregos e funções públicas e fixar os respectivos vencimentos;
- XII - criar, estruturar e conferir atribuições a Secretários ou Diretores equivalentes e órgãos da administração pública;
- XIII - aprovar o Plano Diretor de Desenvolvimento Integrado;
- XIV - autorizar convênios com entidades públicas ou particulares e consórcios com outros Municípios;
- XV - delimitar o perímetro urbano;
- XVI - autorizar a alteração da denominação de próprios, vias e logradouros públicos;
- XVII - estabelecer normas urbanísticas, particularmente as relativas a zoneamento e loteamento.
- XVIII - deliberar sobre demolições, reformas e restaurações de prédios históricos ou antigos e outros bens de valor histórico, artístico e cultural, paisagens naturais notáveis e sítios arqueológicos, observadas a legislação e a ação fiscalizadora federal e estadual.

**ARTIGO 26** - Compete, privativamente, à Câmara Municipal exercer, dentre outras, as seguintes atribuições:

- I - eleger sua Mesa;
- II - elaborar o Regimento Interno;
- III - organizar os serviços administrativos internos e prover os cargos respectivos;
- IV - propor a criação ou a extinção de cargos dos serviços administrativos internos e a fixação dos respectivos vencimentos;
- V - conceder licença, para afastamento, ao Prefeito e Vereadores;
- VI - autorizar o Prefeito a ausentar-se do Município, por mais de quinze (15) dias;



- VII - tomar e julgar as contas do Prefeito, deliberando sobre o parecer do Tribunal de Contas do Estado, no prazo máximo de sessenta (60) dias de seu recebimento, excluído o recesso parlamentar, observados os seguintes preceitos:
  - a) - o parecer do Tribunal somente deixará de prevalecer por decisão de dois terços (2/3) dos membros da Câmara;
  - b) - decorrido o prazo de sessenta (60) dias, na conformidade do inciso VII deste artigo, sem deliberação pela Câmara, as contas serão consideradas aprovadas ou rejeitadas, de acordo com a conclusão do parecer do Tribunal de Contas;
  - c) - rejeitadas as contas, serão estas, imediatamente, remetidas ao Ministério Público para os fins de direito;
- VIII - decretar a perda do mandato de Prefeito e Vereadores, nos casos indicados na Constituição Federal, nesta Lei Orgânica e na legislação aplicável;
- IX - autorizar a realização de empréstimo, operação de acordo externo de qualquer natureza, de interesse do Município;
- X - proceder à tomada de contas do Prefeito, através de comissão especial, quando não apresentadas à Câmara Municipal até o dia 31 de março de cada ano;
- XI - convocar Secretários do Município ou Diretores equivalentes para prestar esclarecimentos, aprezando dia e hora para o comparecimento;
- XII - deliberar sobre o adiamento e a suspensão de suas reuniões;
- XIII - criar comissão especial de inquérito sobre fato determinado e prazo certo, mediante requerimento de um terço (1/3) de seus membros;
- XIV - conceder título de cidadão honorário ou qualquer outra honraria ou homenagem a pessoas que reconhecidamente tenham prestado relevantes serviços ao Município ou nele se tenham destacado pela atuação exemplar na vida pública e particular, mediante decreto legislativo, aprovado pelo voto de, no mínimo, dois terços (2/3) dos membros da Câmara;
- XV - solicitar a intervenção do Estado no Município, nos casos previstos em lei; XVI - mudar temporariamente sua sede;

- XVII - julgar o Prefeito, o Vice-Prefeito e os Vereadores, nos casos previstos em lei;
- XVIII - fiscalizar e controlar os atos da Administração Pública Municipal Direta e Indireta;
- XIX - solicitar informações ao Prefeito sobre assuntos referentes à Administração.

## SEÇÃO V

### DOS VEREADORES

**ARTIGO 27** - Os Vereadores são invioláveis no exercício do mandato e na circunscrição do Município por suas opiniões, palavras e votos.

**ARTIGO 28** - É vedado ao Vereador, desde a posse:

- a) - firmar ou manter contrato com o Município, suas autarquias, fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista ou empresas concessionárias de serviços públicos, salvo quando o contrato obedecer a cláusulas uniformes;
- b) - aceitar ou exercer cargo, função ou emprego remunerado, inclusive os de que seja demissível "ad-nutum", nas entidades constantes da alínea anterior;
- c) - ser proprietário, controlador ou diretor de empresa que goze de favor decorrente de contrato celebrado com pessoa jurídica de direito público municipal ou nela exerça função remunerada;
- d) - patrocinar causa em que seja interessada qualquer das entidades a que se refere a alínea "a" deste artigo;
- e) - ser titular de mais de um cargo ou mandato público eletivo.

**ARTIGO 29** - Perderá o mandato o Vereador:

- I - que infringir qualquer das proibições estabelecidas no artigo anterior;
- II - cujo procedimento for declarado incompatível com o decoro parlamentar;
- III - que deixar de comparecer, em cada sessão legislativa, à terça parte das sessões ordinárias, salvo licença ou missão autorizada pela Edilidade;
- IV - que perder ou tiver suspensos os direitos

- políticos;
- V - quando o decretar a Justiça Eleitoral, nos casos previstos na Constituição Federal;
  - VI - que sofrer condenação criminal em sentença transitada em julgado;
  - VII - que fixar residência fora do Município, salvo decisão em contrário da Câmara.

**§ 1º** - É incompatível com o decoro parlamentar, além dos casos definidos no Regimento Interno, o abuso das prerrogativas asseguradas aos Vereadores ou a percepção de vantagens indevidas.

**§ 2º** - Nos casos dos incisos I, II, VI e VII deste artigo, a perda do mandato será decidida pela Câmara Municipal, por voto secreto e maioria absoluta, mediante provocação da Mesa ou de partido político representado no Legislativo, assegurada ampla defesa.

**§ 3º** - Nos casos previstos nos incisos III a V deste artigo, a perda do mandato será declarada pela Mesa, de ofício ou mediante provocação de qualquer dos membros da Câmara Municipal ou de partido político nela representado, assegurada ampla defesa.

**ARTIGO 30** - O Vereador poderá licenciar-se:

- I - por moléstia devidamente comprovada ou licença-gestante;
- II - para desempenhar missões temporárias de caráter cultural ou de interesse do Município;
- III - para tratar de interesses particulares, por prazo determinado, não inferior a trinta (30) dias, nem superior a cento e vinte (120) dias, não podendo reassumir o exercício do mandato antes do término da licença.

**§ 1º** - Para fins de remuneração, considerar-se-á como em exercício o Vereador licenciado nos termos dos incisos I e II deste artigo.

**§ 2º** - Não perderá o mandato, considerando-se automaticamente licenciado, o Vereador investido no cargo de Secretário Municipal, Secretário ou Ministro de Estado.

**ARTIGO 31** - Em caso de vaga ou licença de Vereador, o Presidente convocará imediatamente o suplente.

**§ 1º** - O suplente convocado deverá tomar posse no prazo de quinze (15) dias, sob pena de perder o mandato, salvo justo motivo aceito pela Câmara, quando se prorrogar o prazo por igual período.

**§ 2º** - Em caso de vaga e não havendo suplente, o Presidente comunicará o fato, dentro de quarenta e oito (48) horas, à Justiça Eleitoral.

**§ 3º** - Enquanto a vaga a que se refere o parágrafo anterior não for preenchida, calcular-se-á o quorum em função dos Vereadores remanescentes.

## SEÇÃO VI

### DA RESPONSABILIDADE POLÍTICO-ADMINISTRATIVA E PENAL

**ARTIGO 32** - Nos crimes de responsabilidade o Vereador será julgado perante a Câmara.

**ARTIGO 33** - Lei complementar disciplinará os crimes de responsabilidade do Vereador, o processo de julgamento e a perda do mandato.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - O processo de julgamento previsto neste artigo obedecerá, sob pena de nulidade, ao seguinte:

- I - ampla defesa;
- II - prazo de cento e vinte (120) dias para conclusão, findo o qual será arquivado;
- III - decisão que declarar a perda do mandato, deverá ser tomada por dois terços (2/3) dos membros da Câmara;

**ARTIGO 34** - Nas infrações penais o Vereador será julgado perante a Justiça comum, nos termos da lei.

## SEÇÃO VII

### DA REMUNERAÇÃO

**ARTIGO 35** - A remuneração dos Vereadores será fixada pela Câmara em cada legislatura, antes das eleições, para vigir na subsequente, remuneração essa não inferior a vinte por cento (20%), nem superior a quarenta por cento (40%) da percebida, em espécie, pelo Prefeito, observado, ainda, o disposto nos artigos 150, inciso II, 153, inciso III, e 153, parágrafo 2º, inciso I, da Constituição Federal.

## SEÇÃO VIII

### DO PROCESSO LEGISLATIVO

**ARTIGO 36** - O processo legislativo municipal compreende a elaboração de:

- I - emendas à Lei Orgânica Municipal;
- II - leis complementares;
- III - leis ordinárias;
- IV - medidas provisórias;
- V - decretos legislativos; e
- VI - resoluções.

**ARTIGO 37** - A Lei Orgânica Municipal poderá ser emendada mediante proposta:

- I - de um terço (1/3), no mínimo, dos membros da Câmara Municipal;
- II - do Prefeito Municipal;
- III - de cidadãos, mediante iniciativa popular assinada, no mínimo, por cinco por cento (5%) dos eleitores.

§ 1º - A proposta será discutida e votada em dois turnos, com interstício mínimo de dez dias, considerando-se aprovada se obtiver, em ambos, o voto favorável de dois terços dos membros da Câmara Municipal.

§ 2º - A emenda à Lei Orgânica Municipal será promulgada pela Mesa da Câmara, com o respectivo número de ordem.

§ 3º - A matéria constante de proposta de emenda rejeitada ou havida por prejudicada não poderá ser objeto de nova proposta na mesma sessão legislativa.

**ARTIGO 38** - A iniciativa das leis complementares e ordinárias cabe a qualquer Vereador ou Comissão da Câmara, ao Prefeito e aos cidadãos que a exercerão sob forma de moção articulada, subscrita, no mínimo, por cinco por cento (5%) do total do número de eleitores do Município.

**ARTIGO 39** - As leis complementares somente serão aprovadas se obtiverem maioria absoluta dos votos dos membros da Câmara Municipal, observados os demais termos da votação das leis ordinárias.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - Serão leis complementares, dentre outras pre-

vistas nesta Lei Orgânica:

- I - Código Tributário do Município;
- II - Código de Obras;
- III - Plano Diretor de Desenvolvimento Integrado;
- IV - Código de Posturas;
- V - Lei Instituidora do Regime Jurídico único dos Servidores Municipais;
- VI - Lei Orgânica instituidora da Guarda Municipal;
- VII - Lei de criação de cargos, funções ou empregos públicos.
- VIII - Lei disciplinadora dos crimes de responsabilidade dos Vereadores e Prefeito.

**ARTIGO 40** - São de iniciativa exclusiva do Prefeito as leis que disponham sobre:

- I - criação, transformação ou extinção de cargos, funções ou empregos públicos na administração direta e autárquica ou aumento de sua remuneração;
- II - servidores públicos, seu regime jurídico, provimento de cargos, estabilidade e aposentadoria;
- III - criação, estruturação e atribuições das Secretarias ou Departamentos equivalentes e órgãos da Administração Pública;
- IV - lei orçamentária anual e a que autorize a abertura de créditos ou conceda auxílios, prêmios e subvenções;
- V - diretrizes orçamentárias;
- VI - plano plurianual.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - Não será admitido aumento da despesa prevista nos projetos de iniciativa exclusiva do Prefeito Municipal, ressalvado o disposto no inciso IV, primeira parte, deste artigo.

**ARTIGO 41** - É da competência exclusiva da Mesa da Câmara a iniciativa das espécies normativas que disponham sobre:

- I - autorização para abertura de créditos suplementares ou especiais, através do aproveitamento total ou parcial das consignações orçamentárias da Câmara;
- II - organização dos serviços administrativos da Câmara, criação, transformação ou extinção de seus cargos, empregos e funções e fixação da respectiva remuneração.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - Nos projetos de competência exclusiva da Mesa da Câmara não serão admitidas emendas que aumentem a despesa prevista.

**ARTIGO 42** - O Prefeito poderá solicitar que os projetos de sua iniciativa tramitem em regime de urgência.

§ 1º - Solicitada a urgência, a Câmara deverá se manifestar em até quarenta e cinco (45) dias sobre a proposição, contados da data em que for feita a solicitação.

§ 2º - Esgotado o prazo previsto no parágrafo anterior sem deliberação pela Câmara, será a proposição incluída na ordem do dia, sobrestando-se as demais proposições, para que se ultime a votação.

§ 3º - O prazo do 1º deste artigo não se interrompe no período de recesso da Câmara e se aplica aos projetos de lei complementar, medida provisória e veto.

**ARTIGO 43** - Aprovado o projeto de lei, será este enviado ao Prefeito que, aquiescendo, o sancionará.

§ 1º - Considerando o projeto, no todo ou em parte, inconstitucional ou contrário ao interesse público, o Prefeito vetá-lo-á total ou parcialmente, no prazo de (15) quinze dias, contados da data do recebimento, comunicando, dentro de quarenta e oito (48) horas, ao Presidente da Câmara os motivos do veto.

§ 2º - O veto parcial somente abrangerá texto integral de artigo, de parágrafo, de inciso ou de alínea.

§ 3º - Decorrido o prazo de quinze (15) dias, o silêncio do Prefeito importará sanção.

§ 4º - O veto será apreciado pela Câmara, dentro de trinta (30) dias, a contar de seu recebimento, só podendo ser rejeitado pelo voto da maioria absoluta dos Vereadores, em escrutínio secreto.

§ 5º - Esgotado, sem deliberação, o prazo estabelecido no 4º deste artigo, o veto será colocado na ordem do dia da sessão imediata, sobrestadas as demais proposições, até a sua votação final, ressalvadas as matérias de que trata o 3º do artigo 42 desta Lei Orgânica.

§ 6º - Rejeitado o veto, será o projeto enviado ao Prefeito para a promulgação.

§ 7º - Se a lei não for promulgada dentro de quarenta e oito (48) horas pelo Prefeito, nos casos dos parágrafos 3º e 6º deste artigo, o Presidente da Câmara a promulgará; caso este não o faça em igual prazo, caberá ao Vice-Presidente fazê-lo, obrigatoriamente.

**ARTIGO 44** - A matéria constante de projeto de lei rejeitado somente poderá constituir objeto de novo projeto, na mesma sessão legislativa, mediante proposta da maioria absoluta dos membros da Câmara, ressalvadas as proposições de iniciativa do Prefeito.

**ARTIGO 45** - Em caso de relevância e urgência, o Prefeito poderá adotar medidas provisórias com força de lei, devendo submetê-las, de imediato, à Câmara Municipal que, estando em recesso, será convocada extraordinariamente para se reunir no prazo de cinco (05) dias.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - As medidas provisórias perderão eficácia, desde a edição, se não forem convertidas em lei no prazo de trinta (30) dias, a partir de sua publicação, devendo a Câmara Municipal disciplinar as relações jurídicas delas decorrentes.

## SEÇÃO IX

### DA FISCALIZAÇÃO CONTÁBIL, FINANCEIRA E ORÇAMENTÁRIA

**ARTIGO 46** - A fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial do Município e das entidades da administração direta e indireta será exercida pela Câmara Municipal, mediante controle externo, e pelos sistemas de controle interno do Executivo, instituídos em lei.

§ 1º - O controle externo da Câmara será exercido com o auxílio do Tribunal de Contas do Estado, ou órgão estadual a que for atribuída essa incumbência, e compreenderá a apreciação das contas do Prefeito e da Mesa da Câmara, o acompanhamento das atividades financeiras e orçamentárias do Município, o desempenho das funções de auditoria financeira e orçamentária, bem como o julgamento das contas dos administradores e demais responsáveis por bens e valores públicos.

§ 2º - As contas do Prefeito e da Mesa da Câmara Municipal, prestadas anualmente, serão julgadas pela Câmara dentro de 60 (sessenta) dias após o recebimento do parecer prévio do Tribunal de Contas ou órgão estadual a que for atribuída essa incumbência, excluindo-se o recesso parlamentar, considerando-se julgadas nos termos das conclusões desse parecer, se não houver deliberação dentro desse prazo.

§ 3º - Somente por decisão de dois terços (2/3) dos membros da Câmara Municipal deixará de prevalecer o parecer emitido pelo Tribunal de Contas do Estado ou órgão estadual incumbido dessa missão.

§ 4º - As contas relativas à aplicação dos recursos transferidos pela União e Estado serão prestadas na forma da legislação federal e estadual em vigor, podendo o Município suplementá-las, sem prejuízo de sua inclusão na prestação anual de contas.

**ARTIGO 47** - O Executivo manterá sistema de controle interno a fim

de:

- I - criar condições indispensáveis para assegurar eficácia ao controle externo e regularidade à realização da receita e despesa;
- II - acompanhar as execuções de programas de trabalho e do orçamento;
- III - avaliar os resultados alcançados pelos administradores;
- IV - verificar a execução dos contratos.

**ARTIGO 48** - As contas do Município ficarão durante sessenta (60) dias, anualmente, à disposição de qualquer contribuinte, para exame e apreciação, o qual poderá questionar-lhes a legitimidade, nos termos da lei.

## **CAPÍTULO II**

### **DO PODER EXECUTIVO**

#### **SEÇÃO I**

##### **DO PREFEITO E DO VICE-PREFEITO**

**ARTIGO 49** - O Poder Executivo Municipal é exercido pelo Prefeito, auxiliado pelos Secretários Municipais ou Diretores equivalentes.

**ARTIGO 50** - A eleição do Prefeito e do Vice-Prefeito realizar-se-á simultaneamente, nos termos estabelecidos no artigo 29, incisos I e II, da Constituição Federal.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - A eleição do Prefeito importará a do Vice-Prefeito com ele registrado.

**ARTIGO 51** - O Prefeito e Vice-Prefeito tomarão posse no dia 1º de janeiro do ano subsequente à eleição, em sessão solene de instalação da Câmara Municipal, e prestarão compromisso de manter, defender e cumprir a Lei Orgânica, observar as leis da União, do Estado e do Município, promover o bem geral dos munícipes e exercer o cargo sob a inspiração da democracia, da legitimidade e da legalidade.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - Se, decorridos dez dias da data fixada para a posse, o Prefeito ou o Vice-Prefeito, salvo motivo de força maior, não tiver assumido o cargo, este será declarado vago.

**ARTIGO 52** - Substituirá o Prefeito, no caso de impedimento, e suceder-lhe-á, no de vaga, o Vice-Prefeito.

**ARTIGO 53** - Em caso de impedimento do Prefeito e do Vice-Prefeito, ou vacância dos respectivos cargos, assumirá a administração municipal o Presidente da Câmara, observando-se o seguinte:

I - ocorrendo a vacância nos três primeiros anos de mandato, far-se-á eleição noventa dias após a sua abertura, cabendo aos eleitos completar o período dos seus antecessores;

II - ocorrendo a vacância no último ano do mandato, assumirá o Presidente da Câmara que completará o período.

§ 1º - Os substitutos legais do Prefeito não poderão se recusar a substituí-lo, sob pena de extinção de seu mandato, de Vice-Prefeito ou de Presidente da Câmara, conforme o caso.

§ 2º - Enquanto o substituto do Prefeito não assumir o cargo, responderá pelo expediente da Prefeitura o secretário dos negócios jurídicos ou, na falta deste, o secretário da Prefeitura.

**ARTIGO 54** - O Vice-Prefeito, além de outras atribuições que lhe forem conferidas por lei, auxiliará o Prefeito, sempre que por ele for convocado para missões especiais.

**ARTIGO 55** - O mandato do Prefeito é de quatro anos, vedada a reeleição para o período subsequente, e terá início em 1º de janeiro do ano seguinte ao da sua eleição.

**ARTIGO 56** - O Prefeito, quando no exercício do cargo, não poderá, sem licença da Câmara Municipal, ausentar-se do Município por período superior a quinze (15) dias, sob pena de perda do mandato.

**ARTIGO 57** - A remuneração do Prefeito e do Vice-Prefeito será fixada pela Câmara Municipal em cada legislatura, para vigorar na subsequente, observado o disposto nos artigos 37, inciso XI, 150, II, e 153, 2º, I, da C.F. e no artigo 35 desta Lei Orgânica.

#### **PARÁGRAFO ÚNICO** -

**ARTIGO 58** - No ato da posse, o Prefeito deverá desincompatibilizar-se e, na mesma ocasião, bem como do término do mandato, fazer

declaração de seus bens, a qual ficará arquivada na Câmara, constando das respectivas atas o seu resumo.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - O disposto neste artigo aplica-se ao Vice-Prefeito quando assumir o cargo de Prefeito.

## SEÇÃO II

### DAS ATRIBUIÇÕES DO PREFEITO

**ARTIGO 59** - Compete ao Prefeito, entre outras atribuições:

- I - a iniciativa das leis, na forma e casos previstos nesta Lei Orgânica;
- II - representar o Município em Juízo e fora dele;
- III - sancionar, promulgar e fazer publicar leis aprovadas pela Câmara e expedir regulamentos para sua fiel execução;
- IV - vetar, no todo ou em parte, projetos de lei aprovados pela Câmara;
- V - decretar, nos termos da lei, desapropriação por necessidade ou utilidade pública ou por interesse social e instituir serviços administrativos;
- VI - expedir decretos, portarias e outros atos administrativos;
- VII - permitir ou autorizar o uso de bens municipais, por terceiros;
- VIII - permitir ou autorizar a execução de serviços públicos, por terceiros;

\* PARÁGRAFO SUPRIMIDO PELA EMENDA Nº 01/90.

- IX - prover e extinguir os cargos públicos municipais, na forma da lei;
- X - enviar à Câmara projetos de lei relativos ao Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e as Propostas de Orçamento previstas nesta Lei Orgânica;
- XI - prestar anualmente à Câmara, dentro de sessenta dias após a abertura da sessão legislativa, as contas referentes ao exercício anterior;
- XII - encaminhar aos órgãos competentes os planos de aplicação e as prestações de contas exigidas em lei;

- XIII - fazer publicar os atos oficiais;
- XIV - prestar à Câmara, dentro de quinze (15) dias, as informações solicitadas;
- XV - prover serviços e obras da administração pública;
- XVI - superintender a arrecadação dos tributos, bem como a guarda e aplicação de receita, autorizando as despesas e pagamentos dentro das disponibilidades orçamentárias ou dos créditos votados pela Câmara;
- XVII - colocar à disposição da Câmara, dentro de quinze (15) dias de sua requisição, as quantias que devam ser despendidas de uma só vez e, até o dia vinte e cinco (25) de cada mês, a parcela correspondente ao duodécimo de sua dotação orçamentária.
- XVIII - aplicar multas previstas em leis e contratos, bem como revê-las quando impostas irregularmente;
- XIX - resolver sobre os requerimentos, reclamações ou representações que lhe forem dirigidos;
- XX - oficializar, obedecidas as normas urbanísticas aplicáveis, as vias e logradouros públicos, mediante denominação aprovada pela Câmara;
- XXI - convocar extraordinariamente, no período de recesso, a Câmara em caso de urgência ou interesse público relevante, devidamente justificado;
- XXII - aprovar projetos de edificação e planos de loteamento, arruamento e zoneamento urbano ou para fins urbanos;
- XXIII - apresentar, anualmente, à Câmara, relatório circunstanciado sobre o estado das obras e dos serviços municipais, bem assim o programa da administração para o ano seguinte;
- XXIV - organizar os serviços internos das repartições criadas por lei, sem exceder as verbas para tal destinadas;
- XXV - contrair empréstimos e realizar operações de crédito, mediante prévia autorização da Câmara;
- XXVI - providenciar sobre a administração dos bens do Município e sua alienação, na forma da lei;
- XXVII - organizar e dirigir, nos termos da lei, os serviços relativos às terras do Município;
- XXVIII - desenvolver o sistema viário do município;
- XXIX - conceder auxílios, prêmios e subvenções, nos limites das respectivas verbas orçamentárias e do plano de distribuição, prévia e anualmente aprovado pela Câmara;

- XXX - providenciar sobre o incremento do ensino;
- XXXI - estabelecer a divisão administrativa do Município, de acordo com a lei;
- XXXII - solicitar o auxílio das autoridades policiais do Estado para garantia do cumprimento de seus atos;
- XXXIII - solicitar, obrigatoriamente, autorização à Câmara para ausentar-se do Município por tempo superior a quinze (15) dias;
- XXXIV - adotar providências para a conservação e salvaguarda do patrimônio municipal;
- XXXV - editar medidas provisórias com força de lei, nos termos do artigo 45;
- XXXVI - exercer outras atribuições previstas nesta Lei Orgânica;
- XXXVII - expedir certidões.

**ARTIGO 60** - O Prefeito poderá delegar, por decreto, a seus auxiliares as funções administrativas que não sejam de sua exclusiva competência.

### SEÇÃO III

#### DA PERDA E EXTINÇÃO DO MANDATO

**ARTIGO 61** - É vedado ao Prefeito assumir outro cargo ou função na administração pública direta ou indireta, ressalvada a posse em virtude de concurso público.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - A infringência ao disposto neste artigo importará em perda do mandato.

**ARTIGO 62** - Aplicam-se ao Prefeito, no que couber, as incompatibilidades declaradas no artigo 28 desta Lei Orgânica.

**ARTIGO 63** - Será declarado vago pela Câmara Municipal o cargo de Prefeito quando:

- I - ocorrer falecimento, renúncia ou condenação por crime funcional ou eleitoral;
- II - deixar de tomar posse, sem motivo justo e aceito pela Câmara, dentro do prazo de dez (10) dias;

- III - infringir as normas dos artigos 56 e 62 desta Lei Orgânica;
- IV - perder ou tiver suspensos os direitos políticos.

### SEÇÃO IV

**ARTIGO 64** - Nos crimes comuns, o Prefeito será julgado perante o Tribunal de Justiça nos termos da lei federal.

### SEÇÃO V

#### DA RESPONSABILIDADE POLÍTICO-ADMINISTRATIVA DO PREFEITO

**ARTIGO 65** - Nos crimes de responsabilidade o Prefeito será julgado perante a Câmara de Vereadores.

**ARTIGO 66** - Lei complementar disciplinará os crimes de responsabilidade do Prefeito, o processo de julgamento e a perda do mandato.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - O processo de julgamento previsto neste artigo obedecerá, sob pena de nulidade:

- I - ampla defesa;
- II - prazo de 120 (cento e vinte) dias para conclusão, findo o qual será arquivado;
- III - a decisão que declarar a perda do mandato deverá ser tomada por dois terços (2/3) dos membros da Câmara.

### SEÇÃO VI

#### DOS AUXILIARES DIRETOS DO PREFEITO

**ARTIGO 67** - São auxiliares diretos do Prefeito;

- I - Os Secretários Municipais;
- II - Os Subprefeitos.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - Os cargos de que trata este artigo são de livre nomeação e demissão do Prefeito.

**ARTIGO 68** - A lei municipal estabelecerá as atribuições dos auxiliares diretos do Prefeito, definindo-lhes a competência, deveres e responsabilidade.

**ARTIGO 69** - São condições essenciais para a investidura no cargo de Secretário ou Diretor equivalente:

- I - ser brasileiro;
- II - estar no exercício dos direitos políticos;
- III - ser maior de vinte e um anos.

**ARTIGO 70** - Além das atribuições fixadas em lei, compete aos Secretários ou Diretores:

- I - subscrever atos e regulamentos referentes aos seus órgãos;
- II - expedir instruções para a boa execução das leis, decretos e regulamentos;
- III - apresentar ao Prefeito relatório anual dos serviços realizados por suas repartições;
- IV - comparecer à Câmara Municipal, sempre que convocados pela mesma, para prestação de esclarecimentos oficiais.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - A infringência ao inciso IV deste artigo, sem justificação, importa em crime de responsabilidade.

**ARTIGO 71** - Os Secretários ou Diretores são solidariamente responsáveis, civil e criminalmente, com o Prefeito pelos atos que assinarem, ordenarem ou praticarem quando em desacordo com a legislação vigente.

**ARTIGO 72** - Os auxiliares diretos do Prefeito farão declaração de bens no ato da posse e no término do exercício do cargo e terão os mesmos impedimentos dos Vereadores, enquanto nele permanecerem.

## SEÇÃO VII

### DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

**ARTIGO 73** - A administração pública direta e indireta ou fundacional de qualquer dos Poderes do Município obedecerá aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, razoabilidade, finalidade, motivação, interesse público e, também, ao seguinte:

- I - os cargos, empregos e funções públicas são acessíveis aos brasileiros que preencham os requisitos estabelecidos em lei;
- II - a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei, de livre nomeação e exoneração;
- III - o prazo de validade do concurso público será de até dois (2) anos, prorrogável uma vez, por igual período;
- IV - durante o prazo improrrogável previsto no edital de convocação, aquele aprovado em concurso público de provas ou de provas e títulos será convocado com prioridade sobre novos concursados para assumir cargo ou emprego, na carreira;
- V - os cargos em comissão e as funções de confiança serão exercidos, preferencialmente, por servidores ocupantes de cargo de carreira técnica ou profissional, nos casos e condições previstos em lei;
- VI - é garantido ao servidor público civil o direito à livre associação sindical;
- VII - o direito de greve será exercido nos termos e nos limites definidos em lei complementar federal;
- VIII - a lei reservará percentual de cargos e empregos públicos para as pessoas portadoras de deficiências e definirá os critérios de sua admissão;
- IX - a lei estabelecerá os casos de contratação por tempo determinado para atender à necessidade temporária de excepcional interesse público;
- X - a revisão geral da remuneração dos servidores públicos far-se-á sempre na mesma data;
- XI - a lei fixará o limite máximo e a relação de valores entre a maior e a menor remuneração dos servidores públicos, observados como limite máximo os valores percebidos como remuneração em espécie pelo Prefeito;
- XII - os vencimentos dos cargos do Poder Legislativo não poderão ser superiores aos pagos pelo Poder Executivo;
- XIII - é vedada a vinculação ou equiparação de vencimentos, para efeito de remuneração de pessoal do serviço público, ressalvado o disposto no inciso anterior e no artigo 75, 1º, desta Lei Orgânica;
- XIV - os acréscimos pecuniários percebidos por servidor público



não serão computados nem acumulados, para fins de concessão de acréscimos ulteriores, sob o mesmo título ou idêntico fundamento;

- XV - os vencimentos dos servidores públicos são irredutíveis e a remuneração observará o que dispõem os artigos 37, incisos XI, XII; 150, II; 153, 2º, I, da Constituição Federal;
- XVI - é vedada a acumulação remunerada de cargos públicos, exceto quando houver compatibilidade de horários, para:
  - a) - de dois (2) cargos de professor;
  - b) - de um (1) cargo de professor com outro técnico ou científico;
  - c) - de dois (2) cargos privativos de médico;
- XVII - a proibição de acumular estende-se a empregos e funções e abrange autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista e fundações mantidas pelo Poder Público;
- XVIII - a administração fazendária e seus servidores fiscais terão, dentro de suas áreas de competência e jurisdição, precedência sobre os demais setores administrativos, na forma da lei;
- XIX - somente por lei específica poderão ser criadas empresa pública, sociedade de economia mista, autarquia ou fundação pública;
- XX - depende de autorização legislativa, em cada caso, a criação de subsidiárias das entidades mencionadas no inciso anterior, assim como a participação de qualquer delas em empresa privada;
- XXI - ressalvados os casos especificados na legislação, as obras, serviços, compras e alienações serão contratados mediante processo de licitação pública que assegure igualdade de condições a todos os concorrentes, com cláusulas que estabeleçam obrigações de pagamento, mantidas as condições efetivas da proposta nos termos da lei, exigindo-se a qualificação técnico-econômica indispensável à garantia do cumprimento das obrigações.

§ 1º - A publicidade dos atos, programas, obras, serviços e campanhas dos órgãos públicos deverá ter caráter educativo, informativo ou de orientação social, dela não podendo constar nomes, símbolos ou imagens que caracterizem promoção pessoal ou de autoridades ou servidores públicos.

§ 2º - A não observância do disposto nos incisos II e III deste artigo implicará a nulidade do ato e a punição da autoridade responsável, nos termos da lei.

§ 3º - As pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado, prestadoras de serviços públicos, responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa.

**ARTIGO 74** - Ao servidor público com exercício de mandato eletivo aplica-se o disposto no artigo 38 da Constituição Federal.

**ARTIGO 75** - Os cargos públicos serão criados por lei, que fixará sua denominação, padrão de vencimentos, condições de provimento e indicará os recursos pelos quais serão pagos seus ocupantes.

## SEÇÃO VIII

### DOS SERVIDORES PÚBLICOS

**ARTIGO 76** - O Município instituirá regime jurídico único e planos de carreira para os servidores da administração pública direta, das autarquias e das fundações públicas.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - A lei assegurará aos servidores da administração direta isonomia de vencimentos para cargos de atribuições iguais ou semelhantes do mesmo Poder ou entre servidores dos Poderes Executivo e Legislativo, ressalvadas as vantagens de caráter individual e as relativas à natureza ou ao local de trabalho.

## SEÇÃO IX

### DA GUARDA MUNICIPAL E DO CORPO DE

### BOMBEIROS VOLUNTÁRIOS

**ARTIGO 77** - O Município poderá constituir Guarda Municipal, destinada à proteção de seus bens, serviços, instalações e logradouros públicos, nos

termos do artigo 144, parágrafo 8º, da Constituição Federal, e do artigo 147 da Constituição Estadual.

§ 1º - A organização e funcionamento da Guarda Municipal, bem como o regime jurídico de seus integrantes, serão disciplinados por lei complementar.

§ 2º - O Poder Executivo disporá sobre o regulamento disciplinar da Guarda Municipal.

**ARTIGO 78** - O Município, nos termos da Legislação Estadual e Federal pertinente, poderá criar um corpo de Bombeiros Voluntários.

### TÍTULO III

## DA ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA MUNICIPAL

### CAPÍTULO I

#### DA ESTRUTURA ADMINISTRATIVA

**ARTIGO 79** - A administração municipal é constituída dos órgãos integrados na estrutura administrativa da Prefeitura e de entidades dotadas de personalidade jurídica própria.

§ 1º - Os órgãos da administração direta, que compõem a estrutura administrativa da Prefeitura, se organizam e se coordenam, atendendo aos princípios técnicos recomendáveis ao bom desempenho de suas atribuições.

§ 2º - As entidades dotadas de personalidade jurídica própria, que compõem a administração indireta do Município, se classificam em:

- I - Autarquia;
- II - Empresa Pública;
- III - Sociedade de Economia Mista;
- IV - Fundação Pública.

### CAPÍTULO II

## DOS ATOS MUNICIPAIS

### SEÇÃO I

#### DA PUBLICIDADE DOS ATOS MUNICIPAIS

\* **ARTIGO 80** - A publicação das Leis e dos atos municipais far-se-á em jornal local e, na sua inexistência, em jornal regional editado no município mais próximo; por afixação na sede da Prefeitura ou da Câmara, se ocorrer impossibilidade em qualquer das formas anteriores.

§ 1º - A escolha do órgão de imprensa para a publicação das leis e atos oficiais administrativos far-se-á através de licitação em que se levarão em conta não só as condições de preço, como as circunstâncias de frequência, horário, tiragem e distribuição no Município.

§ 2º - Nenhum ato produzirá efeito antes de sua publicação.

§ 3º - A publicação de atos não normativos pela imprensa poderá ser resumida.

\* REDAÇÃO ALTERADA PELA EMENDA Nº 02/90.

### SEÇÃO II

## DOS LIVROS

**ARTIGO 81** - O Município manterá os livros que forem necessários ao registro de seus serviços.

§ 1º - Os livros serão abertos, rubricados e encerrados pelo Prefeito ou pelo Presidente da Câmara, conforme o caso, ou por funcionário designado para tal fim.

§ 2º - Os livros referidos neste artigo poderão ser substituídos por fichas ou outro sistema, convenientemente autenticado.

### SEÇÃO III

## DOS ATOS ADMINISTRATIVOS

**ARTIGO 82**- Os atos administrativos de competência do Prefeito devem ser expedidos com observância às seguintes normas:

I - Decreto, numerado em ordem cronológica, nos seguintes casos:

- a) - regulamentação de lei;
- b) - instituição, modificação ou extinção de atribuições não

- constantes de lei;
  - c) - regulamentação interna dos órgãos que forem criados na administração municipal;
  - d) - abertura de créditos especiais e suplementares, até o limite autorizado por lei, assim como de créditos extraordinários;
  - e) - declaração de utilidade ou necessidade públicas, ou de interesse social, para efeito de desapropriação ou de servidão administrativa;
  - f) - aprovação de regulamento ou de regimento das entidades que compõem a administração municipal;
  - g) - permissão de uso de bens e serviços municipais;
  - h) - medidas executórias do Plano Diretor de Desenvolvimento Integrado do Município;
  - i) - normas de efeitos externos, não privativos de lei;
  - j) - criação, extinção, declaração ou modificação de direitos dos administrados, não privativos de lei;
  - k) - fixação e alteração de preços;
  - l) - outros casos não privativos de lei.
- II - Portaria, nos seguintes casos:
- a) - provimento e vacância dos cargos públicos e demais atos de efeitos individuais;
  - b) - lotação e relotação nos quadros do pessoal;
  - c) - abertura de sindicâncias e processos administrativos, aplicação de penalidades e demais atos individuais de efeitos internos;
  - d) - autorização para contrato e dispensa de servidores sob o regime da legislação trabalhista;
  - e) - criação de comissão e designação de seus membros;
  - f) - instituição e dissolução de grupo de trabalho;
  - g) - outros casos determinados em lei ou decreto.
- III - Contrato, nos seguintes casos:
- a) - admissão de servidores para serviços de caráter temporário, nos termos do artigo 37, inciso IX, da C.F.;
  - b) - execução de obras e serviços municipais, nos termos da lei.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - Os atos constantes dos itens II e III deste artigo poderão ser delegados.

## CAPÍTULO III

### DOS BENS MUNICIPAIS

**ARTIGO 83** - Cabe ao Prefeito a administração dos bens municipais, respeitada a competência da Câmara quanto àqueles utilizados em seus serviços.

**ARTIGO 84** - Todos os bens municipais deverão ser cadastrados com a identificação respectiva, numerando-se os móveis segundo o que for estabelecido em regulamento, os quais ficarão sob a responsabilidade do chefe da secretaria ou diretoria a que forem distribuídos.

**ARTIGO 85** - Os bens patrimoniais do Município deverão ser classificados:

- I - pela sua natureza;
- II - em relação a cada serviço.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - Deverá ser feita, anualmente, a conferência da escrituração patrimonial com os bens existentes e, na prestação de contas de cada exercício, será incluído o inventário de todos os bens municipais.

**ARTIGO 86** - A alienação de bens municipais, subordinada à existência de interesse público devidamente justificado, será sempre precedida de avaliação e obedecerá às seguintes normas:

- I - quando imóveis, dependerá de autorização legislativa e concorrência pública, dispensada esta nos seguintes casos:
  - a) doação, devendo constar obrigatoriamente do contrato os encargos do donatário, o prazo de seu cumprimento e a cláusula de retrocessão, sob pena de nulidade do ato;
  - b) permuta;
- II - quando móveis, dependerá de licitação, dispensada esta nos seguintes casos:
  - a) doação, que será permitida exclusivamente para fins de interesse social;
  - b) permuta;
  - c) ações, que serão vendidas em Bolsa.

**ARTIGO 87** - O Município, preferentemente à venda ou doação de seus bens imóveis, outorgará concessão de direito real de uso, mediante prévia autorização legislativa e concorrência pública.

§ 1º - A concorrência poderá ser dispensada, por lei, quando o uso se destinar a concessionária de serviço público, a entidades assistenciais, ou quando houver relevante interesse público, devidamente justificado.

§ 2º - A venda a proprietários de imóveis lindeiros de áreas urbanas remanescentes e inaproveitáveis para edificações, resultantes de obras públicas, dependerá apenas de prévia avaliação e autorização legislativa, dispensada a licitação. As áreas resultantes de modificações de alinhamento poderão ser alienadas nas mesmas condições, quer sejam aproveitáveis ou não.

**ARTIGO 88** - A aquisição de bens imóveis, por compra, permuta ou doação com encargos, dependerá de interesse público devidamente justificado, prévia avaliação, autorização legislativa e concorrência.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - A concorrência será inexigível na doação e poderá ou não ser exigível na compra e na permuta se as necessidades de instalação ou localização condicionarem a escolha do bem.

**ARTIGO 89** - O uso de bens municipais por terceiros só poderá ser feito mediante concessão ou permissão e por tempo determinado, conforme o interesse público ou social o exigir.

§ 1º - A concessão de uso dos bens públicos de uso especial e dominiais dependerá de lei e concorrência e será feita mediante contrato, sob pena de nulidade do ato, ressalvada a hipótese do parágrafo único do artigo 88 desta Lei Orgânica.

§ 2º - A concessão administrativa de bens públicos de uso comum somente poderá ser autorizada para finalidades de interesse social ou público, mediante autorização legislativa.

§ 3º - A permissão de uso que poderá incidir sobre qualquer bem público será feita a título precário, por ato unilateral do Prefeito, através de decreto.

**ARTIGO 90** - Poderão ser cedidos a particulares, para serviços transitórios, máquinas, equipamentos, veículos e operadores da Prefeitura, desde que não haja prejuízos para os trabalhos do Município e o interessado recolha, previamente, a remuneração arbitrada e assine termo de responsabilidade pela conservação e devolução dos bens recebidos.

**ARTIGO 91** - A utilização e administração dos bens públicos de uso especial, como mercados, matadouros, estações, recintos de espetáculos e campos de esporte, serão feitas na forma de lei e regulamentos respectivos.

## CAPÍTULO IV

### DAS OBRAS E SERVIÇOS MUNICIPAIS

**ARTIGO 92** - Nenhum empreendimento de obras e serviços do Município poderá ter início sem prévia elaboração do plano respectivo, no qual, obrigatoriamente, conste:

- I - a viabilidade do empreendimento, sua conveniência e oportunidade para o interesse comum;
- II - os pormenores para sua execução;
- III - os recursos para o atendimento das respectivas despesas;
- IV - os prazos para o seu início e conclusão, acompanhados da respectiva justificação;

§ 1º - Nenhuma obra, serviço ou melhoramento, salvo casos de extrema urgência, será executado sem prévio orçamento de seu custo.

§ 2º - As obras públicas poderão ser executadas pela Prefeitura, por suas autarquias, demais entidades da administração indireta e por terceiros, mediante licitação.

**ARTIGO 93** - A permissão de serviço público será outorgada por decreto do Prefeito, após edital de chamamento de interessados para a escolha do melhor pretendente.

**ARTIGO 94** - A concessão de serviço público só será feita com autorização legislativa, mediante contrato, precedida de concorrência pública.

§ 1º - Serão nulas de pleno direito as permissões, as concessões, bem como quaisquer outros ajustes feitos em desacordo com o estabelecido nos artigos precedentes.

§ 2º - Os serviços permitidos ou concedidos ficarão sempre sujeitos à regulamentação e fiscalização do Município, incumbindo aos que o executem sua permanente atualização e adequação às necessidades dos usuários.

§ 3º - O Município poderá retomar, sem indenização, os serviços permitidos ou concedidos, desde que executados em desconformidade com o ato ou contrato, bem como aqueles que se revelarem insuficientes para o atendimento dos usuários.

§ 4º - As concorrências para a concessão de serviço público deverão ser precedidas de ampla publicidade, inclusive em órgãos da imprensa da Capital do Estado, mediante edital ou comunicado resumido.

**ARTIGO 95** - As tarifas dos serviços públicos deverão ser fixadas pelo Executivo, tendo-se em vista a justa remuneração.

**ARTIGO 96** - Nos serviços, obras e concessões do Município, bem como nas compras e alienações, será adotada a licitação, nos termos da lei.

**ARTIGO 97** - O Município poderá realizar obras e serviços de interesse comum, mediante convênio com o Estado, a União ou entidades particulares, bem assim, através de consórcio, com outros Municípios.

## CAPÍTULO V

### DA ADMINISTRAÇÃO TRIBUTÁRIA E FINANCEIRA

#### SEÇÃO I

#### DOS TRIBUTOS MUNICIPAIS

**ARTIGO 98** - São tributos municipais os impostos, as taxas e as contribuições de melhoria, instituídos por lei municipal, atendidos os princípios estabelecidos na Constituição Federal e nas normas gerais de Direito Tributário.

**ARTIGO 99** - São de competência do Município os impostos sobre:

- I - propriedade predial e territorial urbana;
- II - transmissão "inter vivos", a qualquer título, por ato oneroso, de bens imóveis, por natureza ou acessão física e de direitos reais sobre imóveis, exceto os de garantia, bem como cessão de direitos a sua aquisição;
- III - vendas a varejo de combustíveis líquidos e gasosos, exceto óleo diesel;
- IV - serviços de qualquer natureza, não compreendidos na competência do Estado, definidos em lei complementar e na forma prevista na Constituição Federal.

**§ 1º** - O imposto previsto no inciso "I" deste artigo poderá ser progressivo, nos termos da lei, de forma a assegurar o cumprimento da função social da propriedade.

**§ 2º** - O imposto previsto no inciso "II" não incide sobre a transmissão de bens ou direitos incorporados ao patrimônio de pessoa jurídica em realização de capital, nem sobre a transmissão de bens ou direitos decorrente de fusão, incorporação, cisão ou extinção de pessoa jurídica, exceto quando se tratar de atividade preponderante do adquirente ou a compra a prazo de bens móveis, direitos, locação de bens imóveis ou arrendamento mercantil.

**§ 3º** - A lei determinará medidas para que os consumidores sejam esclarecidos acerca dos impostos previstos nos incisos III e IV.

**ARTIGO 100** - O Município obriga-se a atualizar a respectiva planta de valores, anualmente, alcançando os valores de mercado vigentes em 31 de dezembro do exercício findo.

**ARTIGO 101** - As taxas só poderão ser instituídas por lei, em razão do exercício do poder de polícia, ou pela utilização, efetiva ou potencial, de serviços públicos de atribuição do Município, específicos e divisíveis, prestados ao contribuinte ou postos a sua disposição.

**ARTIGO 102** - Contribuição de melhoria tem como fato gerador a execução de obras públicas, das quais decorram benefícios a imóveis.

**ARTIGO 103** - Sempre que possível, os impostos terão caráter pessoal e serão graduados segundo a capacidade econômica do contribuinte, facultado à administração municipal, especialmente para conferir efetividade a esses objetivos, identificar, respeitados os direitos individuais e nos termos da lei, o patrimônio, os rendimentos e as atividades econômicas do contribuinte.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - As taxas não poderão ter base de cálculo própria de impostos.

**ARTIGO 104** - O Município poderá instituir contribuição, cobrada de seus servidores para o custeio, em benefício destes, de sistemas de previdência e assistência social.

**ARTIGO 105** - O Prefeito promoverá, periodicamente, a atualização da base de cálculo dos tributos municipais.

## SEÇÃO II

### DA RECEITA E DA DESPESA

§ 1º - A base de cálculo do imposto predial e territorial urbano - IPTU - será atualizada, anualmente, antes do término do exercício.

§ 2º - A atualização da base de cálculo do imposto municipal sobre serviços de qualquer natureza, cobrado de autônomos e sociedades civis, bem como das taxas decorrentes do exercício de poder de polícia municipal, obedecerá aos índices oficiais de atualização monetária e poderá ser realizada mensalmente.

§ 3º - A atualização da base de cálculo das taxas de serviços levará em consideração a variação de custos dos serviços prestados ao contribuinte ou colocados à sua disposição, observados os seguintes critérios:

- I - quando a variação de custos for inferior ou igual aos índices oficiais de atualização monetária, poderá ser realizada mensalmente;
- II - quando a variação de custos for superior àqueles índices, a atualização poderá ser feita mensalmente até esse limite, fixando o percentual restante para ser atualizado por meio de lei que deverá estar em vigor antes do início do exercício subsequente.

**ARTIGO 106** - É de responsabilidade do órgão competente da Prefeitura Municipal a inscrição em dívida ativa dos créditos provenientes de impostos, taxas, contribuição de melhoria e multas de qualquer natureza, decorrentes de infrações à legislação tributária, com prazo de pagamento fixado pela legislação ou por decisão proferida em processo regular de fiscalização.

**ARTIGO 107** - Ocorrendo decadência do direito de constituir o crédito tributário ou a prescrição da ação de cobrá-lo, abrir-se-á inquérito administrativo para se apurarem responsabilidades, na forma da lei.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - A autoridade municipal, qualquer que seja seu cargo, emprego ou função, e independentemente do vínculo que possuir com o Município, responderá civil, criminal e administrativamente pela prescrição ou decadência ocorrida sob sua responsabilidade, cumprindo-lhe indenizar o Município do valor dos créditos prescritos ou não lançados.

**ARTIGO 108** - A receita municipal constituir-se-á da arrecadação dos tributos, da participação em tributos da União e do Estado, dos recursos resultantes do Fundo de Participação dos Municípios e da utilização de seus bens, serviços, atividades e outros ingressos.

**ARTIGO 109** - A fixação dos preços públicos, devidos pela utilização de bens, serviços e atividades municipais, será feita pelo Prefeito mediante edição de decreto.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - As tarifas dos serviços públicos deverão cobrir os seus custos, sendo reajustáveis quando se tornarem deficientes ou excedentes.

**ARTIGO 110** - Nenhum contribuinte será obrigado ao pagamento de qualquer tributo lançado pela Prefeitura, sem prévia notificação.

§ 1º - Considera-se notificação a entrega do aviso de lançamento no domicílio fiscal do contribuinte, nos termos da legislação federal pertinente.

§ 2º - Do lançamento do tributo cabe recurso ao Prefeito, assegurado para sua interposição o prazo de quinze (15) dias, contados da notificação.

**ARTIGO 111** - A despesa pública atenderá aos princípios estabelecidos na Constituição Federal e às normas de Direito Financeiro.

**ARTIGO 112** - Nenhuma despesa será ordenada ou satisfeita sem que exista recurso disponível e crédito votado pela Câmara, salvo a correr por conta de crédito extraordinário.

**ARTIGO 113** - Nenhuma lei que crie ou aumente despesa será executada sem que dela conste a indicação do recurso para atendimento do correspondente encargo.

**ARTIGO 114** - As disponibilidades de caixa do Município, de suas autarquias e fundações e das empresas por ele controladas serão depositadas em instituições financeiras oficiais, salvo os casos previstos em lei.

### SEÇÃO III

#### DO ORÇAMENTO

**ARTIGO 115** - A elaboração e a execução da lei orçamentária anual e plurianual de investimentos, assim como a lei de diretrizes orçamentárias, obedecerão às regras estabelecidas na Constituição Federal, na Constituição do Estado, nas normas de Direito Financeiro e nos preceitos desta Lei Orgânica.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - O Poder Executivo publicará:

- I - diariamente, por edital, o movimento de caixa do dia anterior;
- II - mensalmente, o balancete resumido da receita e da despesa;
- III - trinta (30) dias após o encerramento de cada bimestre, relatório resumido da execução orçamentária;
- IV - mensalmente, os montantes de cada um dos tributos arrecadados e os recursos recebidos.

**ARTIGO 116** - Leis de iniciativa do Poder Executivo estabelecerão:

- I - o plano plurianual;
- II - as diretrizes orçamentárias;
- III - os orçamentos anuais.

**§ 1º** - O plano plurianual compreenderá:

- I - diretrizes, objetivos e metas para as ações municipais de execução plurianual;
- II - investimentos de execução plurianual;
- III - gastos com a execução de programas de duração continuada.

**§ 2º** - As diretrizes orçamentárias compreenderão:

- I - as prioridades da administração pública municipal, quer de órgãos da administração direta, quer da administração indireta, com as respectivas metas, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente;
- II - orientação para a elaboração da lei orçamentária anual;
- III - alterações na legislação tributária;
- IV - autorização para a concessão de qualquer vantagem ou aumento de remuneração, criação de cargos ou alterações de estrutura de carreiras, bem como a demissão de pessoal a

qualquer título, pelas unidades governamentais da administração direta ou indireta, inclusive as fundações instituídas e mantidas pelo Poder Público, ressalvadas as empresas públicas e as sociedades de economia mista.

**§ 3º** - O orçamento anual compreenderá:

- I - o orçamento fiscal da administração direta municipal, incluindo os seus fundos especiais;
- II - os orçamentos das entidades de administração indireta, inclusive das fundações instituídas pelo Poder Público;
- III - o orçamento de investimentos das empresas em que o Município, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito a voto;
- IV - o orçamento de seguridade social, abrangendo todas as entidades e órgãos a ela vinculados, da administração direta ou indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo Poder Público.

**ARTIGO 117** - Os planos e programas municipais de execução plurianual ou anual serão elaborados em consonância com o plano plurianual e com as diretrizes orçamentárias, respectivamente, e apreciados pela Câmara Municipal.

**ARTIGO 118** - Os orçamentos previstos no parágrafo 3º do artigo 116 serão compatibilizados com o plano plurianual e as diretrizes orçamentárias, evidenciando-se os programas e políticas do governo municipal.

### SEÇÃO IV

#### DAS VEDAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS

**ARTIGO 119** - É vedado:

- I - inclusão de dispositivos estranhos à previsão da receita e à fixação da despesa, excluindo-se as autorizações para a abertura de créditos adicionais suplementares e contratações de operações de crédito de qualquer natureza e objetivo;
- II - início de programas ou projetos não incluídos no orçamento anual;
- III - realização de despesas ou a assunção de obrigações diretas que excedam os créditos orçamentários originais ou adicionais;

- IV - realização de operações de crédito que excedam o montante das despesas de capital, ressalvadas as autorizadas mediante créditos suplementares ou especiais, aprovados pela Câmara Municipal, por maioria absoluta;
- V - vinculação de receita de impostos a órgãos ou fundos especiais, ressalvada a que se destine à prestação de garantia às operações de crédito por antecipação de receita;
- VI - abertura de créditos adicionais suplementares ou especiais sem prévia autorização legislativa e sem indicação dos recursos correspondentes;
- VII - concessão ou utilização de créditos ilimitados;
- VIII - utilização, sem autorização legislativa específica, de recursos do orçamento fiscal e da seguridade social para suprir necessidade ou cobrir déficit de empresas, fundações e fundos especiais;
- IX - instituição de fundos especiais de qualquer natureza, sem prévia autorização legislativa.

§ 1º - Os créditos adicionais especiais e extraordinários terão vigência no exercício financeiro em que forem autorizados, salvo se o ato de autorização for promulgado nos últimos 04 (quatro) meses daquele exercício, caso em que, reabertos nos limites de seu saldo, serão incorporados ao orçamento do exercício financeiro subsequente.

§ 2º - A abertura de crédito extraordinário somente será admitida para atender às despesas imprevisíveis e urgentes, como as decorrentes de calamidade pública, observadas as disposições pertinentes.

## SEÇÃO V

### DAS EMENDAS AOS PROJETOS ORÇAMENTÁRIOS

**ARTIGO 120** - Os projetos de lei relativos ao plano plurianual, às diretrizes orçamentárias, ao orçamento anual e aos créditos adicionais suplementares e especiais serão apreciados pela Câmara Municipal, na forma do Regimento Interno.

§ 1º - As emendas ao projeto de lei do orçamento anual ou aos projetos que o modifiquem somente poderão ser aprovadas, caso:

- I - sejam compatíveis com o plano plurianual e com a lei de diretrizes orçamentárias;
- II - indiquem os recursos necessários, admitidos apenas os provenientes de anulação de despesas, excluídas as que incidam sobre:
  - a) - dotações para pessoal e seus encargos;
  - b) - serviços da dívida;
  - c) - transferências tributárias para autarquias e fundações instituídas e mantidas pelo Poder Público Municipal;
- III - sejam relacionadas:
  - a) - com a correção de erros ou omissões;
  - b) - com os dispositivos do texto do projeto de lei.

§ 2º - As emendas ao projeto de lei de diretrizes orçamentárias não poderão ser aprovadas quando incompatíveis com o plano plurianual.

§ 3º - O Prefeito poderá enviar mensagem à Câmara Municipal para propor modificação nos projetos a que se refere este artigo enquanto não estiver concluída a votação da parte cuja alteração é proposta.

§ 4º - Os projetos de lei do plano plurianual, das diretrizes orçamentárias e do orçamento anual serão enviados pelo Prefeito nos termos de lei municipal, enquanto não vigorar a lei complementar de que trata o parágrafo 9º do artigo 165 da Constituição Federal.

§ 5º - Aplicam-se aos projetos referidos neste artigo, no que não contrariar o disposto nesta seção, as demais normas relativas ao processo legislativo.

§ 6º - Os recursos que, em decorrência de veto, emenda ou rejeição do projeto de lei orçamentária anual, ficarem sem despesas correspondentes, poderão ser utilizados, conforme o caso, mediante abertura de créditos adicionais suplementares ou especiais, com prévia e específica autorização legislativa.

## TÍTULO IV

### DA ORDEM ECONÔMICA E SOCIAL

#### CAPÍTULO I

#### DISPOSIÇÕES GERAIS

**ARTIGO 121** - O Município, dentro de sua competência, organizará



a ordem econômica e social, conciliando a liberdade de iniciativa com os superiores interesses da coletividade.

**ARTIGO 122** - A intervenção do Município, do domínio econômico, terá por objetivo estimular e orientar a produção, defender os interesses do povo e promover a justiça e solidariedade sociais.

**ARTIGO 123** - O trabalho é obrigação social, garantindo a todos o direito ao emprego e à justa remuneração, que proporcione existência digna na família e na sociedade.

**ARTIGO 124** - O Município considerará o capital não apenas como instrumento produtor de lucro, mas também como meio de expansão econômica e de bem-estar coletivo.

**ARTIGO 125** - O Município, à medida do possível, assistirá os trabalhadores rurais e suas organizações legais, procurando proporcionar-lhes, entre outros benefícios, meios de produção e de trabalho, crédito fácil e preço justo, saúde e bem-estar social.

**ARTIGO 126** - O Município manterá órgãos especializados, incumbidos de exercer ampla fiscalização dos serviços públicos por ele concedidos e da revisão de suas tarifas.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - A fiscalização de que trata este artigo compreende o exame contábil e as perícias necessárias à apuração das inversões de capital e dos lucros auferidos pelas empresas concessionárias.

**ARTIGO 127** - A lei apoiará e estimulará o cooperativismo e outras formas de associativismo.

## **CAPÍTULO II**

### **DA PREVIDÊNCIA E PROMOÇÃO SOCIAL**

**ARTIGO 128** - O Município, dentro de sua competência, regulará o serviço social, favorecendo e coordenando as iniciativas particulares que visem a este objetivo.

**§ 1º** - O plano de assistência social do Município, nos termos que

a lei estabelecer, terá por objetivo a correção dos desequilíbrios do sistema social e a recuperação dos elementos desajustados, visando a um desenvolvimento social harmônico, consoante previsto no artigo 203 da Constituição Federal.

**§ 2º** - A promoção social será formalizada, dentre outros itens, pelos benefícios da educação e da saúde, pelas creches em número suficiente, pelo encaminhamento e acompanhamento ao sistema previdenciário, pelos albergues públicos e asilos para idosos, entidades assistenciais aos deficientes mentais, visuais e auditivos.

**ARTIGO 129** - Caberá ao Município promover e executar as obras que, por sua natureza e extensão, não possam ser atendidas pelas instituições de caráter privado.

**ARTIGO 130** - A política habitacional será direcionada para que os habitantes da região urbana e suburbana do Município tenham, através do sistema federal e estadual de habitação ou por companhia de âmbito municipal ou sistema de cooperativa ou de mutirão, a casa própria.

## **CAPÍTULO III**

### **DA SAÚDE**

**ARTIGO 131** - A prestação da assistência à saúde é obrigação do Município, juntamente com a União e o Estado.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - Para efeito deste artigo entende-se assistência à saúde no sentido de prevenção, preservação, promoção e recuperação do bem-estar físico e mental do indivíduo.

**ARTIGO 132** - As ações de assistência à saúde garantirão:

- I - acesso universal igualitário e gratuito de todos os indivíduos e em todos os níveis de assistência existentes no Município;
- II - combate às moléstias específicas, contagiosas e infecto-contagiosas, principalmente àquelas determinantes da excepcionalidade;
- III - desenvolvimento de políticas sociais, econômicas e ambientais que possibilitem o bem-estar físico e mental da pessoa humana.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - Compete à Secretaria ou Diretoria Municipal

de Saúde, além de outras atribuições, a inspeção médica nos estabelecimentos de ensino municipal, que terá caráter obrigatório.

**ARTIGO 133** - Os serviços e ações de saúde do Município serão integrados aos Sistema único de Saúde - SUS -, em colaboração com a União e o Estado.

§ 1º - Compete ao Município complementar a legislação federal e estadual para que seja possível a fiscalização e o controle das ações e serviços do SUS no Município.

§ 2º - Compete ao Município complementar verbas para o pleno funcionamento do SUS no Município.

§ 3º - Compete ao Município destinar recursos, anualmente, na forma de lei, a título de auxílio e ou subvenção, a entidades assistenciais filantrópicas e sem fins lucrativos, com especial atenção às que se dediquem à assistência aos portadores de deficiências.

**ARTIGO 134** - Os serviços e ações de saúde, no âmbito do Município, organizar-se-ão:

- I - sob a direção única, exercida por um profissional da saúde e
- II - "Conselho Popular de Saúde" que garanta a participação de sindicatos de trabalhadores e associações de bairros com função de propor soluções.

**ARTIGO 135** - O Município adotará o programa nacional de imunização, o calendário nacional de vacinação e as normas estaduais de vacinação.

**ARTIGO 136** - Compete à Secretaria ou Diretoria Municipal de Saúde, além de outras atribuições:

- I - controle, fiscalização e inspeção da fabricação, manipulação, transporte e comércio de produtos alimentícios e outros produtos de interesse à saúde pública;
- II - propor aos órgãos competentes ações de saneamento básico;
- III - participar com ações ou na formulação de propostas visando à proteção ao meio-ambiente;
- IV - executar ações de controle e fiscalização que visem à proteção do trabalhador no ambiente de trabalho;
- V - gerenciar e executar as políticas e os programas que se integrem com a saúde individual e coletiva nas áreas de:
  - a) - alimentação e nutrição;
  - b) - vigilância sanitária;

- c) - vigilância epidemiológica;
- d) - saúde de portadores de deficiências

**ARTIGO 137** - O Município, para realizar a assistência à saúde, poderá, mediante legislação específica, celebrar convênio com instituições filantrópicas, universidades e faculdades de medicina.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - É vedada a destinação de recursos públicos, a título de auxílio ou subvenção, às instituições privadas com fins lucrativos.

**ARTIGO 138** - O Município adotará os Regulamentos aprovados pelos decretos estaduais nº. 12.342, de 27 de setembro de 1.978, nº. 12.479, de 18 de outubro de 1.978, nº. 12.486, de 20 de outubro de 1.978, nº. 12.984, de 15 de dezembro de 1.978, e nº. 13.069, de 29 de dezembro de 1.978, para exercer sua função fiscalizadora de interesse da saúde pública.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - O Município poderá legislar, complementar ou adotar modificações da legislação referida neste artigo, visando adaptar as normas à realidade local.

## CAPÍTULO IV

### DA FAMÍLIA, DA EDUCAÇÃO, DA CULTURA E DO DESPORTO

**ARTIGO 139** - Compete ao Município suplementar a legislação federal e estadual, dispondo sobre a proteção à infância, à juventude e às pessoas portadoras de deficiências, garantindo-lhes acesso a logradouros, edifícios públicos e veículos de transporte coletivo.

§ 1º - A lei disporá sobre assistência aos idosos, à maternidade e aos excepcionais.

§ 2º - Para a execução do previsto neste artigo, serão adotadas, entre outras, as seguintes medidas:

- I - amparo às famílias numerosas e sem recursos;
- II - ação contra os males que são instrumentos da dissolução da família;
- III - estímulo aos pais e às organizações sociais para a formação moral, cívica, física e intelectual da juventude;
- IV - colaboração com as entidades assistenciais que visem à proteção e educação da criança;

- V - colaboração com a União, com o Estado e com outros Municípios para a solução do problema dos menores desamparados ou desajustados, através de processos adequados de permanente recuperação.

§ 3º - O Município poderá construir creches nos distritos industriais, facilitando o trabalho da mulher e garantindo o bem-estar das crianças, podendo, inclusive, firmar convênios.

**ARTIGO 140** - O Município estimulará o desenvolvimento das ciências, das artes, das letras e da cultura em geral, observado o disposto na Constituição Federal.

§ 1º - Ao Município compete suplementar, quando necessário, a legislação federal e estadual, dispondo sobre a cultura.

§ 2º - A lei disporá sobre a fixação de datas comemorativas de alta significação para o Município.

§ 3º - À administração Municipal cabe, na forma da lei, a gestão da documentação governamental e as providências para franquear sua consulta a quantos dela necessitem.

§ 4º - Ao Município cumpre proteger os documentos, as obras e outros bens de valor histórico, artístico e cultural, os monumentos, as paisagens naturais notáveis e os sítios arqueológicos.

**ARTIGO 141** - É dever do Município para com a educação garantir:

- I - ensino fundamental, obrigatório e gratuito, inclusive para os que a ele não tiveram acesso na idade própria;
- II - atendimento educacional especializado aos portadores de deficiências;
- III - atendimento em creche e pré-escola às crianças de zero (0) a seis (6) anos de idade;
- VIII - atendimento ao educando, no ensino fundamental, por meio de programas suplementares de fornecimento de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde.

**ARTIGO 142** - O Município aplicará, anualmente, na manutenção e desenvolvimento do ensino fundamental, o percentual previsto no artigo 212 da Constituição Federal.

## CAPÍTULO V

### DA POLÍTICA URBANA

**ARTIGO 143** - A política de desenvolvimento urbano, executada pelo Poder Público Municipal, conforme diretrizes gerais fixadas em lei, tem por objetivo ordenar o pleno desenvolvimento das funções sociais da sociedade e garantir o bem-estar de seus habitantes.

§ 1º - O plano diretor, aprovado pela Câmara Municipal, é o instrumento básico da política de desenvolvimento e de expansão urbana.

§ 2º - A propriedade urbana cumpre sua função social quando atende às exigências fundamentais de ordenação da cidade, expressas no Plano Diretor.

§ 3º - As desapropriações de imóveis urbanos serão feitas com prévia e justa indenização em dinheiro.

**ARTIGO 144** - O direito à propriedade é inerente à natureza do homem, dependendo seus limites e seu uso da conveniência social.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - O Município poderá, nos termos do artigo 182, 4º, da Constituição Federal, exigir do proprietário do solo urbano não edificado, subutilizado ou não utilizado, que promova seu adequado aproveitamento.

## CAPÍTULO VI

### DA POLÍTICA AGRÍCOLA E AGRÁRIA

**ARTIGO 145** - O Município poderá elaborar plano diretor de desenvolvimento rural integrado, que deverá conter: diagnóstico da realidade rural do Município, soluções e diretrizes para o desenvolvimento do setor primário, fontes de recursos orçamentários para financiar as ações propostas e participação dos segmentos envolvidos na produção agropecuária local, na sua concepção e implantação, através da criação de um Conselho Municipal de Agricultura.

**CAPÍTULO VII**  
**DO MEIO AMBIENTE**

**ARTIGO 146** - Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público Municipal e a coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações.

§ 1º - Para assegurar a efetividade desse direito, incumbe ao Poder Público:

- I - preservar e restaurar os processos ecológicos essenciais e prover o manejo ecológico das espécies e ecossistemas;
- II - preservar a diversidade e a integridade do patrimônio genético do país e fiscalizar as entidades dedicadas à pesquisa e manipulação de material genético;
- III - definir espaços territoriais e seus componentes a serem especialmente protegidos, sendo a alteração e a supressão permitidas somente através de lei, vedada qualquer utilização que comprometa a integridade dos atributos que justifiquem sua proteção;
- IV - exigir, na forma da lei, para instalação de obra ou atividade potencialmente causadora de significativa degradação do meio ambiente, estudo prévio de impacto ambiental, a que se dará publicidade;
- V - controlar a produção, a comercialização e o emprego de técnicas, métodos e substâncias que comportem risco para a vida, a qualidade de vida e o meio-ambiente;
- VI - promover a educação ambiental em todos os níveis de ensino e a conscientização pública para a preservação do meio-ambiente;
- VII - proteger a fauna e a flora, vedadas, na forma da lei, as práticas que coloquem em risco sua função ecológica, provoquem a extinção de espécies ou submetam os animais a crueldade.

§ 2º - As condutas e atividades consideradas lesivas ao meio ambiente sujeitarão os infratores, pessoas físicas ou jurídicas, às sanções penais e administrativas, independentemente da obrigação de reparar os danos causados.

§ 3º - Para consecução das metas disciplinares neste Capítulo, o Município poderá contar com segmento da Guarda Municipal nas ações de proteção ambiental, em colaboração com a Polícia Florestal da PMESP, órgão que integra o Sistema Estadual de Proteção e Desenvolvimento do Meio Ambiente.

§ 4º - Fica vedado o lançamento de efluentes e esgotos, de qualquer espécie, nos mananciais.

§ 5º - Exigir previamente do interessado uma caução, através de depósito bancário, quando da apresentação de projetos de exploração de recursos naturais, ou de seguro contra danos ao patrimônio ambiental.

§ 6º - As áreas definidas em projeto de loteamento como áreas verdes não poderão, em qualquer hipótese, ter sua destinação, fim e objetivos originariamente estabelecidos alterados.

**ARTIGO 147** - Como incentivo à preservação do meio ambiente, o Município poderá estabelecer a redução nos impostos territoriais e prediais urbanos às pessoas físicas ou jurídicas, que adotarem as seguintes medidas preservacionistas:

- I - comprometerem-se, através de ato ou documento público, a preservar, de forma contínua, permanente e ininterrupta, as árvores e demais tipos de vegetação existentes nas praças e logradouros públicos especificamente definidos;
- II - averbarem, em Cartório, nos termos do artigo 16 do Código Florestal, 20% de área de sua propriedade, mantendo a cobertura arbórea existente ou regenerando-a;

\* PARÁGRAFO ACRESCIDO PELA EMENDA Nº 02/90.

- III - nas zonas industriais, em razão da emissão de agentes poluentes, a empresa que averbar em cartório, área correspondente a 40% total de sua propriedade, mantendo-a preservada com espécies arbóreas diversas, inclusive pomares;
- IV - na aprovação de quaisquer loteamentos, o Poder Executivo Municipal exigirá, previamente, a averbação, em cartório, por parte da empresa loteadora, de 20% da área do loteamento com cobertura arbórea localizada, constituindo a área verde do projeto.

**ARTIGO 148** - O Município poderá instituir o Horto Municipal com árvores frutíferas e outras, criando nas bacias hídricas viveiros para reposição de plantas.

**ARTIGO 149** - O Município, mediante lei, disciplinará o plantio, poda e erradicação de árvores no perímetro urbano.

## TÍTULO V

### DISPOSIÇÕES GERAIS

**ARTIGO 150** - O Município não poderá dar nome de pessoas vivas a bens e serviços públicos de qualquer natureza.

**ARTIGO 151** - Os cemitérios no Município terão sempre caráter secular e serão administrados pela autoridade municipal, sendo permitido a todas as confissões religiosas praticar neles os seus ritos.

### DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

**ARTIGO 1º** - Os Conselhos Municipais de Defesa do Meio Ambiente (CONDEMA) serão criados e instituídos num prazo de 90 (noventa) dias a contar da promulgação desta lei.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - Os CONDEMA serão compostos, de forma paritária, por integrantes de órgãos públicos, comissão permanente de defesa do meio ambiente da Câmara Municipal e associações que tenham por finalidade a defesa ambiental e do patrimônio histórico e cultural.

**ARTIGO 2º** - As matas ciliares do Município devem ser recuperadas pelos munícipes num prazo de 05 (cinco) anos, sendo proibida a utilização das margens dos mananciais para o plantio ou exploração de culturas diversas.

**ARTIGO 3º** - O Município, no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, a contar da promulgação desta lei, deve estabelecer as áreas e espaços territoriais, excepcionalmente protegidos, que se enquadram nas disposições contidas nos artigos 196 e 197 da Constituição Estadual, definindo a sua utilização e emprego na forma da lei, após autorização do CONDEMA.

**ARTIGO 4º** - O Município, mediante lei e dentro de cento e oitenta (180)

dias, definirá diretrizes de proteção aos mananciais e às áreas a eles relacionadas

## CÂMARA MUNICIPAL DE PORTO FELIZ, 04 DE ABRIL DE 1.990

### VEREADORES:

Antonio Augusto Alcalá  
Presidente

Eliete Lisboa Marteli  
1ª Secretária

Marco Antonio de Oliveira  
2º Secretário

Cassia Rita de Castro Angelieri

Geraldo Tuvani

Haroldo Deliberali

Hélio Tuani

Irineu Bueno

Ivan Leite

Jecel de Campos

Leonardo Marchesoni Rogado

Luis Carlos Morales Sanches

Máximo Rocco

Paulo Roberto Guerini

Gianpaulo Baptista

ANEXO IX

LEI N. 3101 DE 25/06/91  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO FELIZ



# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO FELIZ

ESTADO DE SÃO PAULO

LEI Nº 3.101 DE 25 DE JUNHO DE 1.991

INSTITUI O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

ERVAL STEINER, Prefeito do Município de Porto Feliz, Estado de São Paulo faz saber que a Câmara Municipal de Porto Feliz aprovou e eu sanciono e promulgo a seguinte Lei:

**ARTIGO 1º** - Fica instituído no Município de Porto Feliz, o Fundo Municipal de Saúde, que tem por objetivo criar condições financeiras e de gerência dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde, executadas ou coordenadas pela Diretoria Municipal de Saúde, que compreendem:

- I - o atendimento à saúde universalizado, integral, regionalizado e hierarquizado;
- II - a vigilância sanitária;
- III - a vigilância epidemiológica e ações de saúde de interesse individual e coletivo correspondentes;
- IV - o controle e a fiscalização das agressões ao meio ambiente, nele compreendido o ambiente de trabalho, em comum acordo com as organizações competentes das esferas federal e estadual.

**ARTIGO 2º** - O Fundo Municipal de Saúde ficará subordinado diretamente ao Diretor Municipal de Saúde.

**ARTIGO 3º** - São atribuições do Diretor Municipal de Saúde:

- I - gerir o Fundo Municipal de Saúde e estabelecer políticas de aplicação dos seus recursos em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde;
- II - acompanhar, avaliar e decidir sobre a realização das ações previstas no Plano Municipal de Saúde;
- III - submeter ao Conselho Municipal de Saúde o Plano de aplicação a cargo do Fundo, em consonância com o Plano Municipal de Saúde e com a Lei de Diretrizes Orçamentárias;
- IV - submeter ao Conselho Municipal de Saúde as demonstrações mensais de receita e despesa do Fundo;
- V - encaminhar à Contabilidade Geral do Município - Diretoria de Finanças demonstrações mencionadas no Inciso anterior;



# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO FELIZ

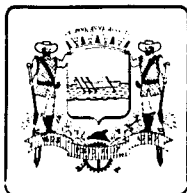
ESTADO DE SÃO PAULO

- VI - subdelegar competências aos responsáveis pelos estabelecimentos de prestação de serviços de saúde que integram a rede municipal;
- VII - assinar cheques com o responsável pela Tesouraria quando for o caso;
- VIII - ordenar empenhos e pagamentos das despesas do Fundo;
- IX - firmar convênios e contratos, inclusive de empréstimos, juntamente com o Prefeito, referentes a recursos que serão administrados pelo Fundo.

## ARTIGO 4º - São atribuições do Coordenador do Fundo:

- I - preparar as demonstrações mensais da receita e despesa a serem encaminhadas ao Diretor Municipal de Saúde;
- II - manter os controles necessários à execução orçamentária do Fundo, referentes a empenhos, liquidação e pagamento das despesas e aos recebimentos das receitas do Fundo;
- III - manter, em coordenação com o Setor de patrimônio da Prefeitura Municipal, os controles necessários sobre os bens patrimoniais com carga ao Fundo;
- IV - encaminhar à Contabilidade Geral do Município - Diretoria de Finanças:
  - a) mensalmente, as demonstrações de receitas e despesas;
  - b) trimestralmente, os inventários de estoques de medicamentos e de instrumentos médicos;
  - c) anualmente, o inventário dos bens móveis e imóveis e o balanço geral do Fundo.
- V - firmar, com o responsável pelos controles da execução orçamentária, as demonstrações mencionadas anteriormente;
- VI - preparar os relatórios de acompanhamento da realização das ações de saúde para serem submetidos ao Diretor Municipal de Saúde;
- VII - providenciar, junto à Contabilidade Geral do Município - Diretoria de Finanças -, as demonstrações que indiquem a situação econômico-financeira geral do Fundo Municipal de Saúde;





# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO FELIZ

ESTADO DE SÃO PAULO

- VIII - apresentar, ao Diretor Municipal de Saúde, a análise e a avaliação da situação econômico-financeira do Fundo Municipal de Saúde, detectada nas demonstrações mencionadas;
- IX - manter os controles necessários sobre convênios ou contratos de prestação de serviços pelo Setor privado e dos empréstimos feitos para a saúde;
- X - encaminhar mensalmente, ao Diretor Municipal de Saúde, relatórios de acompanhamento e avaliação da produção de serviços prestados pelo Setor privado na forma mencionada no Inciso anterior;
- XI - manter o controle e a avaliação da produção das unidades integrantes da Rede Municipal de Saúde;
- XII - encaminhar, mensalmente, ao Diretor Municipal de Saúde, relatórios de acompanhamento e avaliação da produção de serviços prestados pela Rede Municipal de Saúde.

## ARTIGO 5º - São receitas do Fundo:

- I - as transferências oriundas do orçamento da Seguridade Social, como decorrência do que dispõe o Artigo 30, Inciso VII, da Constituição Federal e Orçamento Estadual;
- II - dotação própria consignada no orçamento, suplementada se necessário;
- III - os rendimentos e os juros provenientes de aplicações financeiras;
- IV - o produto de convênios firmados com outras entidades financiadoras;
- V - o produto da arrecadação da taxa de fiscalização sanitária e de higiene, multas e juros de mora por infrações ao Código Sanitário Municipal, bem como parcelas de arrecadação de outras taxas já instituídas e daquelas que o Município vier a criar;
- VI - as parcelas do produto da arrecadação de outras receitas próprias oriundas das atividades econômicas, de prestação de serviços e de outras transferências que o Município tenha direito a receber por força da Lei e de convênios no Setor;
- VII - doações em espécie feitas diretamente para este Fundo.



# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO FELIZ

ESTADO DE SÃO PAULO

**ARTIGO 6º** - As receitas descritas no Artigo anterior serão depositadas obrigatoriamente em conta especial a ser aberta e mantida em agência de estabelecimento oficial de crédito.

**ARTIGO 7º** - A aplicação de recursos de natureza financeira dependerá:

- I - da existência de disponibilidade em função do cumprimento de programação;
- II - de prévia aprovação do Diretor Municipal de Saúde.

**ARTIGO 8º** - Constituem ativos do Fundo Municipal de Saúde:

- I - disponibilidade monetárias em bancos ou em caixa especial oriundas das receitas especificadas;
- II - direitos que porventura vier a constituir;
- III - bens móveis e imóveis que forem destinados ao Sistema de Saúde do Município
- IV - bens móveis e imóveis doados, com ou sem ônus, destinados ao Sistema de Saúde;
- V - bens móveis e imóveis destinados à administração do Sistema de Saúde do Município.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - Anualmente processar-se-á o inventário dos bens e direitos vinculados ao Fundo.

**ARTIGO 9º** - Constituem passivos do Fundo Municipal de Saúde as obrigações de qualquer natureza que porventura o Município venha a assumir para a manutenção e o funcionamento do Sistema Municipal de Saúde.

**ARTIGO 10** - O orçamento do Fundo Municipal de Saúde evidenciará as Políticas e o Programa de Trabalho Governamentais, observados o Plano Plurianual e a Lei de Diretrizes Orçamentárias, e os princípios da universalidade e do equilíbrio.

**E1º** - O orçamento do Fundo Municipal de Saúde integrará o orçamento do Município, em obediência ao princípio da unidade.

**E2º** - O orçamento do Fundo Municipal de Saúde observará, na sua elaboração e na sua execução, os padrões e normas estabelecidos na Legislação pertinente.



# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO FELIZ

ESTADO DE SÃO PAULO

**ARTIGO 11** - A contabilidade do Fundo Municipal de Saúde tem por objetivo evidenciar a situação financeira, patrimonial e orçamentária do Sistema Municipal de Saúde, observados os padrões e normas estabelecidos na Legislação pertinente.

**ARTIGO 12** - A contabilidade será organizada de forma a permitir o exercício das suas funções de controle prévio, concomitante e subsequente e de informar, inclusive de apropriar e apurar custos dos serviços, e, conseqüentemente, de concretizar o seu objetivo, bem como interpretar e analisar os resultados obtidos.

**ARTIGO 13** - A escrituração contábil será feita pelo método das partidas dobradas.

E1º - A contabilidade emitirá relatórios mensais de gestão, inclusive dos custos dos serviços.

E2º - Entende-se por relatórios de gestão os balancetes mensais de receita e de despesa do Fundo Municipal de Saúde e demais demonstrações exigidas pela Administração e pela legislação pertinente.

E3º - As demonstrações e os relatórios produzidos passarão a integrar a contabilidade geral do Município.

**ARTIGO 14** - Imediatamente após a promulgação da Lei de Orçamento, o Diretor Municipal de Saúde aprovará o quadro de cotas trimestrais, que serão distribuídas entre as unidades executoras do Sistema Municipal de Saúde.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - As cotas trimestrais poderão ser alteradas durante o exercício, observados o limite fixado no orçamento e o comportamento da sua execução.

**ARTIGO 15** - Nenhuma despesa será realizada sem a necessária autorização orçamentária.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - Para os casos de insuficiências e omissões orçamentárias poderão ser utilizados os créditos adicionais suplementares e especiais, autorizados por Lei e abertos por Decreto do Executivo.

**ARTIGO 16** - A despesa do Fundo Municipal de Saúde constituir-se-á de:

I - financiamento total ou parcial de programas integrados de saúde desenvolvidos pela Diretoria ou com ela conveniados;

II - pagamento de vencimentos, salários, gratificações ao pessoal dos órgãos ou entidades de administração direta ou indireta que participem da execução das ações previstas no Artigo 1º da presente Lei;



# **PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO FELIZ**

**ESTADO DE SÃO PAULO**

- III - pagamento pela prestação de serviços a entidades de direito privado para execução de programas ou projetos específicos do Setor de saúde, observado o disposto no 1º, Artigo 199 da Constituição Federal;
- IV - aquisição de material permanente e de consumo e de outros insumos necessários ao desenvolvimento dos programas;
- V - construção, reforma, ampliação, aquisição ou locação de imóveis para adequação da rede física de prestação de serviços de saúde;
- VI - desenvolvimento e aperfeiçoamento dos instrumentos de gestão, planejamento, administração e controle das ações de saúde;
- VII - desenvolvimento de programas de capacitação e aperfeiçoamento de recursos humanos em saúde;
- VIII - atendimento de despesas diversas, de caráter urgente e inadiável, necessárias à execução das ações e serviços de saúde mencionados no Artigo 1º da presente Lei.

**ARTIGO 17** - A execução orçamentária das receitas se processam através da obtenção do seu produto nas fontes determinadas nesta Lei.

**ARTIGO 18** - O Fundo Municipal de Saúde terá vigência ilimitada.

**ARTIGO 19** - Fica o Poder Executivo autorizado a abrir Crédito Adicional Especial no valor de Cr\$ 2.000.000,00 (dois milhões de cruzeiros) para cobrir as despesas de implantação do Fundo de que trata a presente Lei.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - As despesas a serem atendidas pelo presente crédito correrão à conta do código de despesa 4130, Investimentos em Regime de Execução Especial, as quais serão compensadas com os recursos oriundos do Artigo 43, Parágrafos e Incisos da Lei Federal nº 4.320/64.

**ARTIGO 20** - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO FELIZ, 25 DE JUNHO DE 1.991.**

**Erval Steiner**

Prefeito Municipal

PUBLICADA E REGISTRADA EM LIVRO PRÓPRIO DA DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO DA PREFEITURA, 25 DE JUNHO DE 1.991.

**Antonio da Costa Aranha**  
Diretor

ANEXO X

LEI N. 3.100 DE 25/06/91  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO FELIZ

**LEI Nº 3.100 DE 25 DE JUNHO DE 1.991**

DISPÕE SOBRE A COMPOSIÇÃO, ORGANIZAÇÃO E COMPETÊNCIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

ERVAL STEINER, Prefeito do Município de Porto Feliz, Estado de São Paulo faz saber que a Câmara Municipal de Porto Feliz aprovou e eu sanciono e promulgo a seguinte Lei:

**ARTIGO 1º** - Ao Conselho Municipal de Saúde - CMS -, previsto no Artigo 221 da Constituição do Estado de São Paulo, compete:

- I - atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Municipal de Saúde;
- II - estabelecer diretrizes para elaboração dos planos de Saúde, adequado à realidade epidemiológica e de organização de serviços, no âmbito do município;
- III - fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde, no âmbito do município;
- IV - propor medidas para aperfeiçoamento da organização e do funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito do Município.

**ARTIGO 2º** - O Conselho Municipal de Saúde será presidido pelo Diretor Municipal de Saúde e terá a seguinte composição:

- I - três (03) representantes da **Diretoria Municipal de Saúde;**
- II - um (01) representante da **Secretaria de Estado da Saúde;**
- III - um (01) representante do **Poder Executivo Municipal;**
- IV - dois (02) representantes das demais **Diretorias Municipais;**
- V - três (03) representantes de **Prestadores de Serviços de Saúde**, sendo dois de **Entidades Filantrópicas** e um de **Entidades com fins lucrativos;**
- VI - um (01) representante do **Conjunto das Entidades de Representação de outros Profissionais da Área de Saúde;**
- VII - um (01) representante da **Edilidade local;**

VIII - um (01) representante do **Sindicato dos Trabalhadores de Saúde;**

IX - um (01) representante das **Associações de Doentes e de Portadores de Deficiências;**

X - um (01) representante de **Sindicato Patronal;**

XI - três (03) representantes do **Sindicato dos Trabalhadores** sendo um (01) das **Atividades Rurais;**

XII - cinco (05) representantes de **Associações de Bairros e ou Conselhos Comunitários.**

§ 1º - Os membros do CMS serão indicados pelas áreas relacionadas em cada setor específico de representatividade nomeados por Decreto pelo Prefeito Municipal.

§ 2º - No caso de afastamento temporário ou definitivo de um dos membros titulares, automaticamente assumirá o outro membro, igualmente indicado, com direito a voto.

§ 3º - Os órgãos e entidades referidos neste Artigo poderão, a qualquer tempo, propor por intermédio do Diretor Municipal de Saúde a substituição dos respectivos representantes.

§ 4º - Será dispensado o membro que, sem motivo justificado, deixar de comparecer a duas (02) reuniões consecutivas ou a quatro (04) intercaladas.

§ 5º - No término do mandato do Prefeito considerar-se-ão dispensados todos os membros do Conselho Municipal de Saúde - CMS -.

§ 6º - As funções dos integrantes do Conselho Municipal de Saúde não serão remuneradas, sendo seu exercício considerado serviço relevante à preservação da população.

**ARTIGO 3º** - A Diretoria Jurídica da Prefeitura, prestará assessoria ao Conselho Municipal de Saúde, - CMS -, quando solicitado.

**ARTIGO 4º** - Consideram-se colaboradores do Conselho Municipal de Saúde - CMS -, as Universidades e demais Entidades representativas de Profissionais e usuários dos serviços de saúde.

**ARTIGO 5º** - O Conselho reunir-se-á, ordinariamente, uma vez a cada quatro (04) meses, e extraordinariamente quando convocado pelo Presidente ou a requerimento da maioria de seus membros.

§ 1º - As sessões plenárias do Conselho Municipal de Saúde

instalar-se-ão com a presença da maioria de seus membros, que deliberarão pela maioria dos votos dos presentes.

§ 2º - Cada membro terá direito a um voto.

§ 3º - O Presidente do Conselho Municipal de Saúde terá, além do voto comum, o de qualidade, bem como a prerrogativa de deliberar "ad referendum" do Plenário.

§ 4º - As decisões do Conselho Municipal de Saúde serão substanciadas em deliberações.

**ARTIGO 6º** - Caberá ao Presidente a designação do Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde.

**ARTIGO 7º** - O Conselho Municipal de Saúde poderá convidar entidades, autoridades, cientistas e técnicos nacionais ou estrangeiros, para colaborarem em estudos ou participarem de comissões instituídas no âmbito do próprio Conselho Municipal de Saúde.

**PARÁGRAFO ÚNICO** - As Comissões terão finalidade de promover estudos com vistas à compatibilização de políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde -SUS -, em especial:

- a) alimentação e nutrição;
- b) saneamento e meio ambiente;
- c) vigilância sanitária e farmacoepidemiológica;
- d) recursos humanos;
- e) ciência e tecnologia;
- f) saúde do trabalhador.

**ARTIGO 8º** - Serão criadas Comissões de integração entre os Serviços de Saúde e as Instituições de ensino profissional e superior, com a finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde - SUS, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas Instituições.

**ARTIGO 9º** - A organização e funcionamento do Conselho Municipal de Saúde serão disciplinados no Regimento Interno, aprovado pelo seu Plenário.

**ARTIGO 10** - O Conselho Municipal de Saúde terá uma Secretaria Executiva composta por:

- I - Diretor Municipal de Saúde;
- II - dois (02) representantes de Entidades Filantrópicas;



- III - um (01) representante dos Sindicatos;
- IV - um (01) representante dos Usuários;
- V - um (01) representante do Executivo Municipal.

§ 1º - A Secretaria Executiva reunir-se-á mensalmente.

§ 2º - Compete á Secretaria Executiva:

- a) Assessorar a Diretoria Municipal de Saúde.
- b) Avaliar a aplicação mensal do Fundo Municipal.

**ARTIGO 11** - As despesas decorrentes desta Lei correrão por conta de dotação consignada no orçamento, suplementada se necessário.

**ARTIGO 12** - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO FELIZ, 25 DE JUNHO DE 1.991.**

**Erval Steiner**  
Prefeito Municipal

PUBLICADA E REGISTRADA EM LIVRO PRÓPRIO DA DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO DA PREFEITURA, 25 DE JUNHO DE 1.991.

**Antonio da Costa Aranha**  
Diretor

ANEXO XI

LISTA DE RESERVATÓRIOS DO SERVIÇO AUTÔNOMO  
DE ÁGUA E ESGOTO DE PORTO FELIZ



**PORTO FELIZ**

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE PORTO FELIZ.

## RESERVATÓRIOS

### **RSE 1.000 M3**

Ano: Material: Concreto Armado

Local: R Cardoso Pimentel, 970 (ETA)

### **RE 100 M3**

Ano: Material: Concreto Armado

Local: Av Iveta Gibim Alcalá (V AMÉRICA)

### **RE 150 M3**

Ano: Material: Concreto Armado

Local: R Geraldo Esméδιο Pires (PREFEITURA)

### **RA 200 M3**

Ano: 1.982 Material: Concreto Armado

Local: Cont. R Cardoso Pimentel (CACHOEIRINHA/POPULAR)

### **RA 200 M3**

Ano: 1.989 Material: Concreto Armado

Local: Cont. R Cardoso Pimentel (CACHOEIRINHA/POPULAR)

### **RSE 130 M3**

Ano: Material: Alvenaria

Local: Av da Saudade (TENDÁ/BEPIM)

### **RE 10 m3**

Ano: Material: Aneis, Concreto Armado.

Local: Av da Saudade (CAMPO SANTO)

### **RE 35 m3**

Ano: 1.983 Material: Aneis, Concreto Armado.

Local: Al Vista Alegre (LOT VISTA ALEGRE)

### **RA 500 m3**

Ano: 1.991 Material: Metálico

Local: R Maestro Voltaire Torres (V AMÉRICA)

### **RA 500 m3**

Ano: 1.991 Material: Metálico

Local: Estr Municipal (B.PALMITAL)

### **RA 500 m3**

Ano: 1.992 Material: Metálico

Local: Cont. R Cardoso Pimentel (CACHOEIRINHA/POPULAR)

### **RA 500 M3**

Ano: 1992 Material: Metálico

Local: Rua Maestro Voltaire Torres (V.América)

### **RA 300 M3**

Ano: 1993 Material: Metálico

Local: Rua Cardoso Pimentel, 970 (ETA)

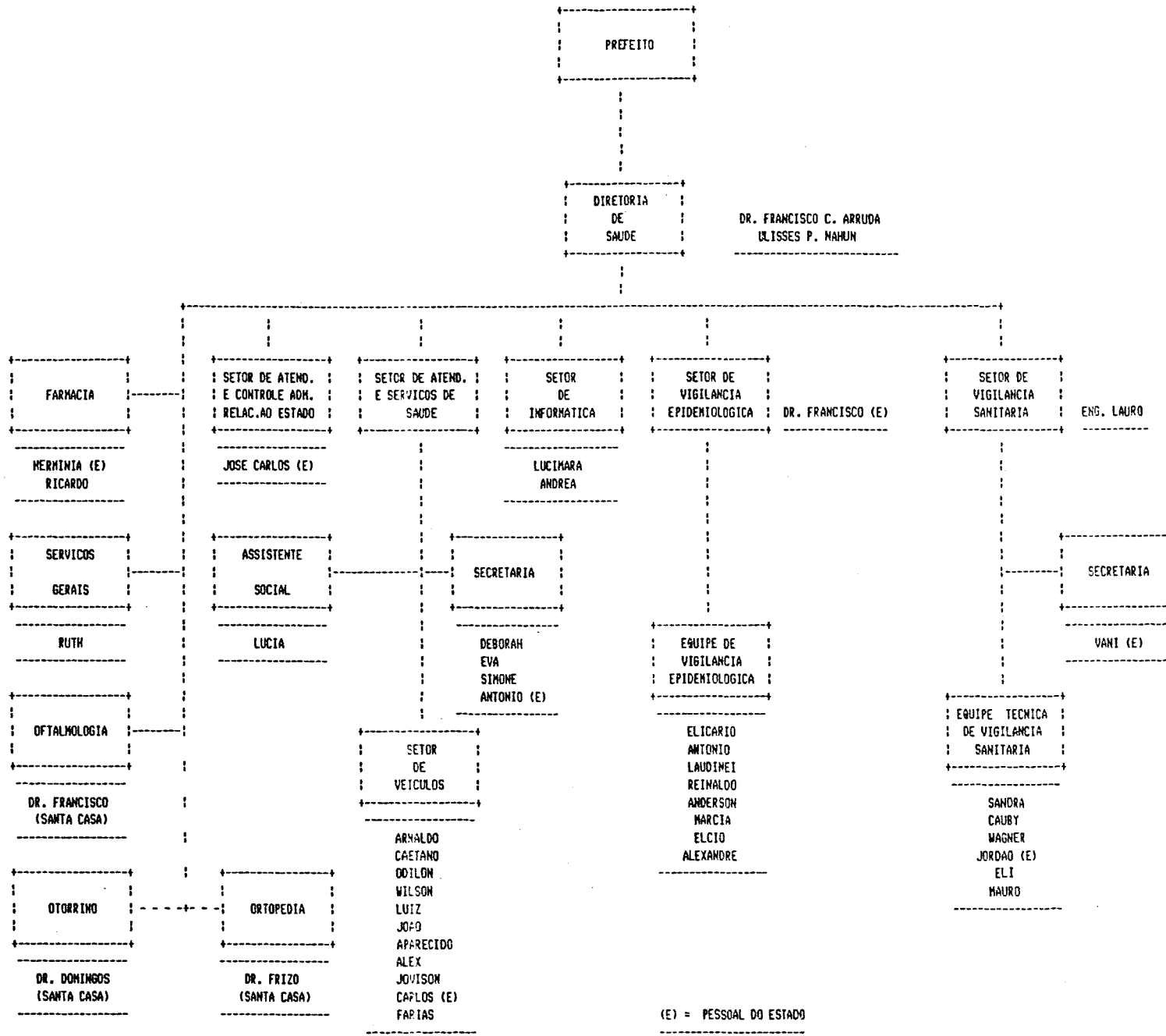
### **RA 500 M3**

Ano: 1993 Material: Metálico

Local: Estr Municipal (B. PALMITAL)

ANEXO XII

ORGANOGRAMA FUNCIONAL DA  
DIRETORIA MUNICIPAL DE SAÚDE

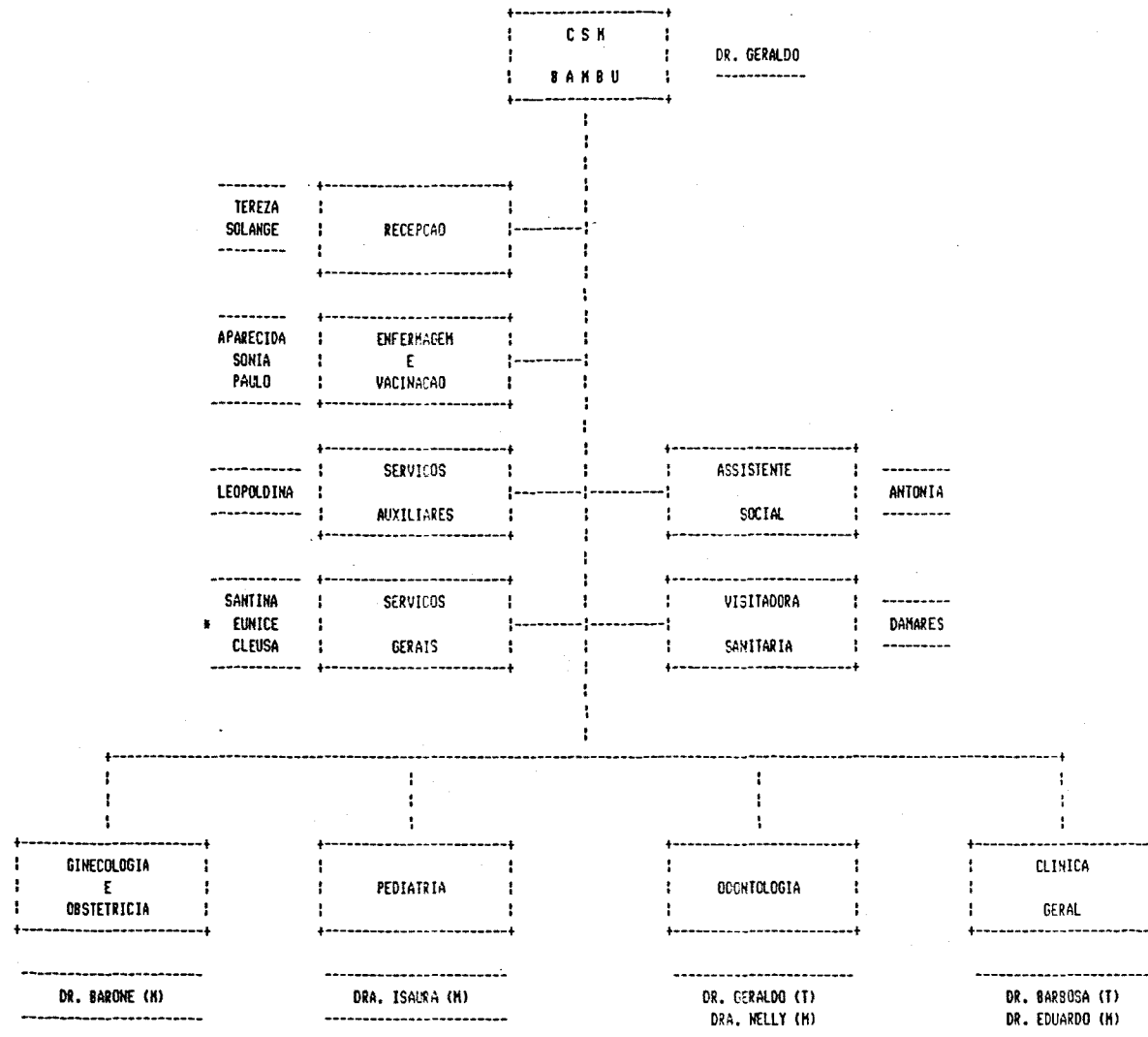


ANEXO XIII

ORGANOGRAMA FUNCIONAL

C.S.M. DR. JOSÉ SACRAMENTO E SILVA

ORGANOGRAMA FUNCIONAL DO CSM DR. JOSE SACRAMENTO E SILVA (BAMBU)



\* AFASTADA POR PROBLEMA DE SAUDE

(M) PERIODO DA MANHA

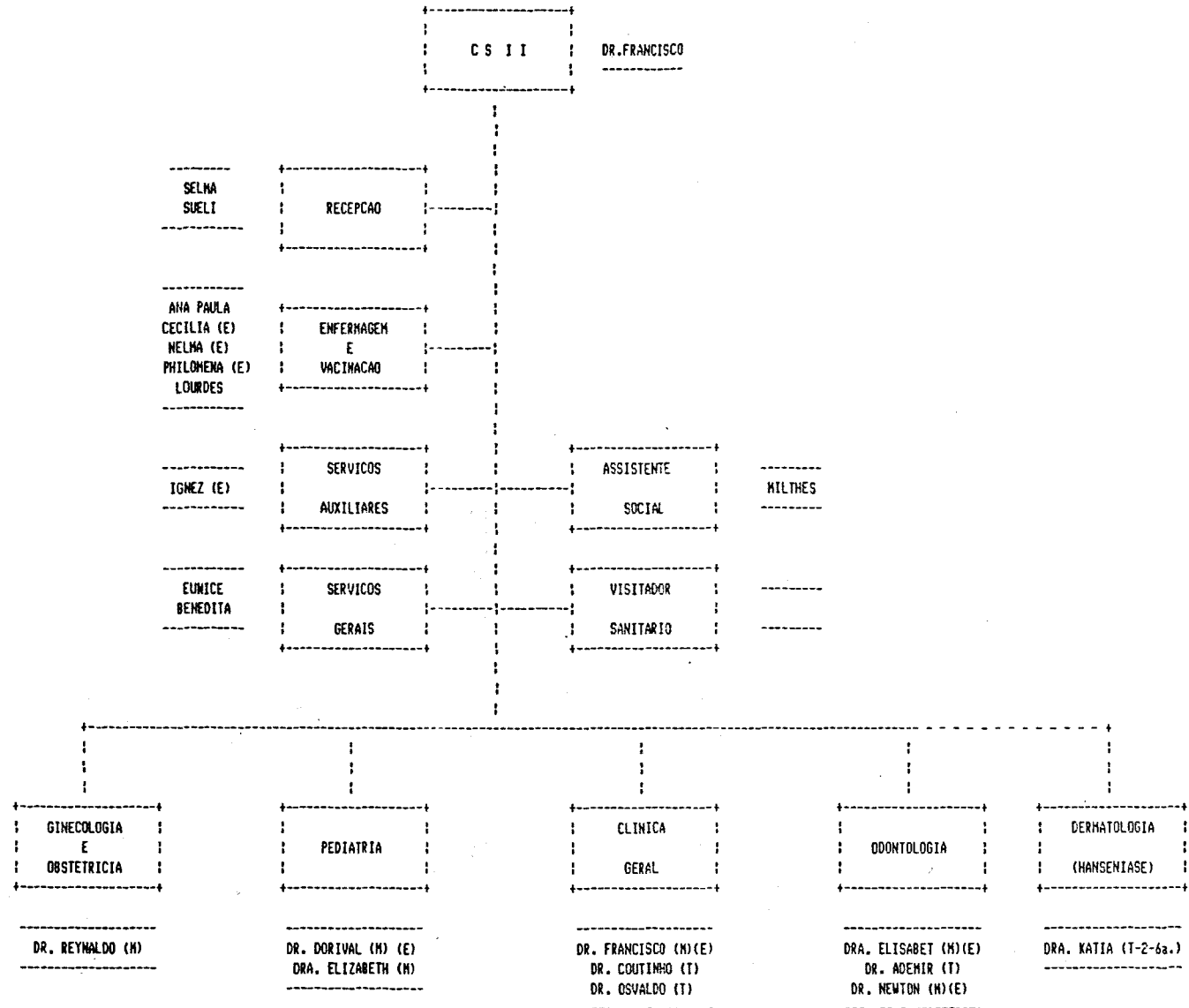
(T) PERIODO DA TARDE

ANEXO XIV

ORGANOGRAMA FUNCIONAL  
C.S. II ANTONIO PATUCCI



ORGANOGRAMA FUNCIONAL DO CSII ANTONIO PATUCCI (CENTRO)



(E) PESSOAL DO ESTADO

(H) PERIODO DA MANHA

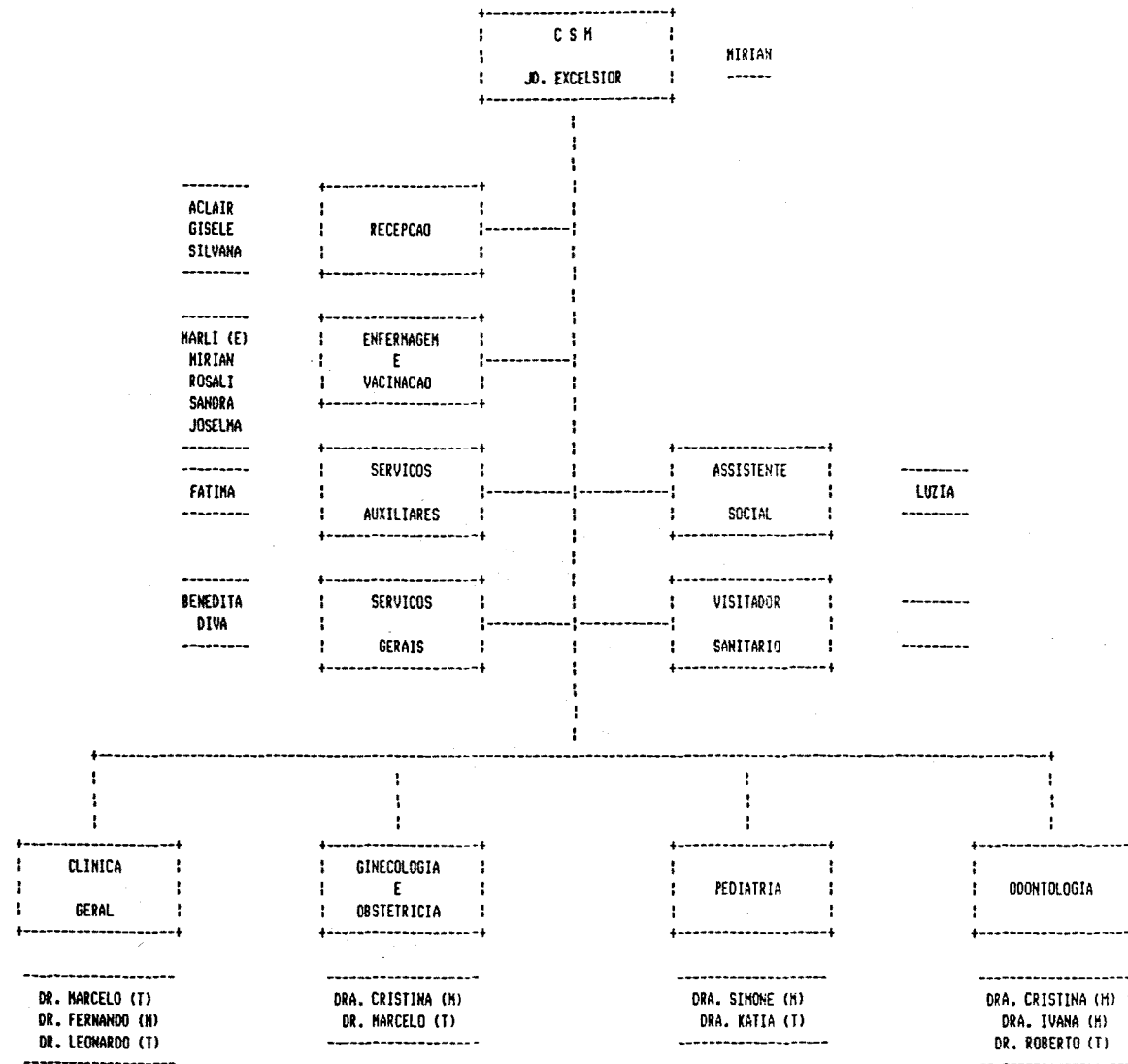
(T) PERIODO DA TARDE

ANEXO XV

ORGANOGRAMA FUNCIONAL

C.C.M. DR. ANTONIO PIRES DE ALMEIDA

ORGANOGRAMA FUNCIONAL DO CSM DR. ANTONIO PIRES DE ALMEIDA (JD. EXCELSIOR)



(E) = PESSOAL DO ESTADO

(M) PERIODO DA MANHA

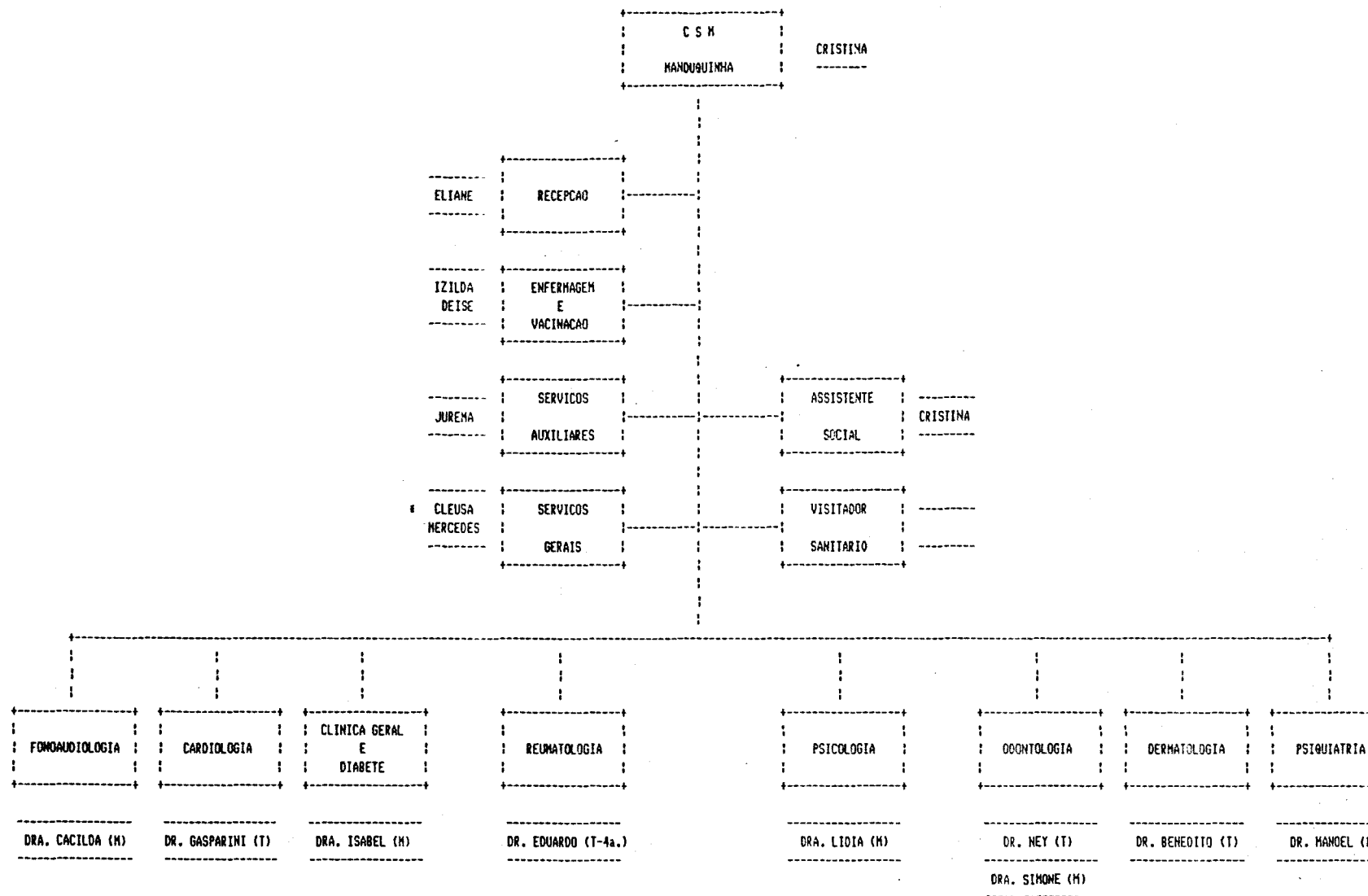
(T) PERIODO DA TARDE

ANEXO XVI

ORGANOGRAMA FUNCIONAL

C.S.M. DR. FRANCISCO MOREIRA JUNIOR

ORGANOGRAMA FUNCIONAL DO CSM DR. FRANCISCO MOREIRA JUNIOR (VILA AMERICA)



\* AFASTADA POR PROBLEMA DE SAUDE

(M) PERIODO DA MANHA

(T) PERIODO DA TARDE

ANEXO XVII

FICHA SOCIO ECONOMICA



# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO FELIZ

## DIRETORIA MUNICIPAL DE SAÚDE

N.º .....

Data ..... / ..... / .....

### IDENTIFICAÇÃO:

Nome: ..... Idade: ..... Estado Civil: .....

Endereço : .....

Local de Trabalho: ..... Salário: .....

### HABITAÇÃO:

Casa Própria: ..... Alugada: ..... Cr\$ ..... N.º de Cômodos: .....

Frente/Fundos: ..... Luz: ..... Água: ..... Esgoto: .....

Reside em Porto Feliz há: ..... Antes residia em : .....

NOME	Parentesco	Sexo	Idade	Estado Civil	Instr.	Profissão/Salário
01.						
02.						
03.						
04.						
05.						
06.						
07.						
08.						

TOTAL DE RENDA FAMILIAR: Cr\$ .....

SAÚDE:

NOME	DOENÇA	TIPO E LOCAL DE TRATAMENTO

SERVIÇOS PRESTADOS:

Lined area for recording services provided, consisting of multiple horizontal lines.

Adquirido por doe  
Financiador -  
Fornecedor CPG  
Recebido em 23/97

18 ABR 1994